preTes

Medicina de urgenta I

second edition

- 500 de întrebări și răspunsuri în stil USMLE
- Explicații detaliate pentru răspunsurile corecte și greșite
- Vizează ceea ce trebuie cu adevărat să știi pentru succesul examenului
- Student testat și revizuit

Adam J. Rosh

- Noi capitole despre Pediatrie și Ortopedie

Medicina de Urgenta

Autoevaluare și revizuire PreTest™

Observa

Medicina este o ştiinţă în continuă schimbare. Pe măsură ce cercetarea nouă şi experienţa clinică ne extind cunoştinţele, sunt necesare schimbări în tratamentul şi terapia medicamentoasă. Autorii şi editorul acestei lucrări au verificat cu surse considerate a fi de încredere în eforturile lor de a oferi informaţii complete şi, în general, în conformitate cu standardele acceptate la momentul publicării. Cu toate acestea, având în vedere posibilitatea erorilor umane sau a schimbărilor în ştiinţe medicale, nici autorii, nici editorul şi nicio altă parte care a fost implicată în pregătirea sau publicarea acestei lucrări nu garantează că informaţiile conţinute aici sunt corecte sau complete din toate punctele de vedere şi îşi declină orice responsabilitate pentru orice erori sau omisiuni sau pentru rezultatele obţinute din utilizarea informaţiilor conţinute în această lucrare. Cititorii sunt încurajaţi să confirme informaţiile conţinute aici cu alte surse. De exemplu, şi în special, cititorii sunt sfătuiţi să verifice fişa cu informaţii despre produs inclusă în pachetul fiecărui medicament pe care intenţionează să-l administreze pentru a fi siguri că informaţiile conţinute în această lucrare sunt corecte şi că nu s-au făcut modificări în doza recomandată sau în contraindicaţiile de administrare. Această recomandare este de o importanţă deosebită în legătură cu medicamentele noi sau utilizate rar.

Emergency Medicine

PreTest™ Self-Assessment and Review

Second Edition

Adam J. Rosh, MD, MS
Assistant Professor
Department of Emergency Medicine
Wayne State University School of Medicine
Assistant Residency Director
Detroit Receiving Hospital
Detroit, MI

New York Chicago San Francisco Lisabona Londra Madrid Mexico City
Milano New Delhi San Juan Seul Singapore Sydney Toronto

Copyright © 2009, 2008 de către The McGraw-Hill Companies, Inc. Toate drepturile rezervate. Cu excepția cazurilor permise de Legea privind drepturile de autor din 1976 din Statele Unite, nicio parte a acestei publicații nu poate fi reprodusă sau distribuită sub nicio formă sau prin orice mijloc, sau stocată într-o bază de date sau într-un sistem de recuperare, fără permisiunea prealabilă scrisă a editorului.

ISBN: 978-0-07-159862-0

MHID: 0-07-159862-6

Materialul din această carte electronică apare și în versiunea tipărită a acestui titlu: ISBN: 978-0-07-159861-3, MHID: 0-07-159861-8.

Toate mărcile comerciale sunt mărci comerciale ale proprietarilor respectivi. În loc să punem un simbol de marcă comercială după fiecare apariție a unui nume de marcă comercială, folosim nume numai într-un mod editorial și în beneficiul proprietarului mărcii comerciale, fără intenția de a încălca marca comercială. Acolo unde astfel de denumiri apar în această carte, ele au fost tipărite cu majuscule inițiale.

Cărțile electronice McGraw-Hill sunt disponibile la reduceri de cantități speciale pentru a fi utilizate ca prime și promoții de vânzări sau pentru a fi utilizate în programe de formare corporativă. Pentru a contacta un reprezentant, vă rugăm să ne trimiteți un e-mail la bulksales@mcgraw-hill.com .

TERMENI DE UTILIZARE

Aceasta este o lucrare protejată prin drepturi de autor și The McGraw-Hill Companies, Inc. („McGraw-Hill”) și licențiatorii săi își rezervă toate drepturile asupra și asupra lucrării. Utilizarea acestei lucrări este supusă acestor termeni. Cu excepția cazurilor permise de Legea privind drepturile de autor din 1976 și de dreptul de a stoca și de a prelua o copie a operei, nu puteți decompila, dezasambla, face inginerie inversă, reproduce, modifica, crea lucrări derivate bazate pe, transmite, distribui, disemina, vinde, publica sau sublicență opera sau orice parte a acesteia fără acordul prealabil al McGraw-Hill. Puteți folosi lucrarea pentru uz personal și necomercial; orice altă utilizare a lucrării este strict interzisă. Dreptul dumneavoastră de a utiliza lucrarea poate fi reziliat dacă nu respectați acești termeni.

LUCRAREA ESTE OFERITĂ „CA ASA”. McGRAW-HILL ȘI LICENȚIATORII SĂI NU OFERĂ GARANȚII CU PRIVIRE LA PRECURITATEA, ADECVENȚIA SAU COMPLETĂȚIA SAU REZULTATELOR DE OBȚINUT DIN UTILIZAREA LUCRĂRII, INCLUSIV ORICE INFORMAȚIE CARE POT FI ACCESAT PRIN LUCRĂ, ȘI ÎN ALTĂ LEGĂTURĂ. GARANȚIE, EXPRESĂ SAU IMPLICITĂ, INCLUSIV, DAR FĂRĂ LIMITAȚII LA GARANȚII IMPLICITE DE VANTABILITATE SAU ADECVARE PENTRU UN ANUMIT SCOP. McGraw-Hill și licențiatorii săi nu garantează și nu garantează că funcțiile conținute în lucrare vor îndeplini cerințele dumneavoastră sau că funcționarea acesteia va fi neîntreruptă sau fără erori. Nici McGraw-Hill, nici licențiatorii săi nu vor fi răspunzători față de dvs. sau de oricine altcineva pentru orice inexactitate, eroare sau omisiune, indiferent de cauză, în lucrare sau pentru orice prejudiciu care rezultă din aceasta. McGraw-Hill nu are nicio responsabilitate pentru conținutul oricărei informații accesate prin lucrare. În nicio circumstanță McGraw-Hill și/sau licențiatorii săi nu vor fi răspunzători pentru orice daune indirecte, incidentale, speciale, punitive, consecvente sau similare care rezultă din utilizarea

sau incapacitatea de a utiliza lucrarea, chiar dacă oricare dintre ei a fost informat cu privire la posibilitatea unor astfel de daune. Această limitare a răspunderii se va aplica oricărei revendicări sau cauze, indiferent dacă o astfel de revendicare sau cauză decurge dintr-un contract, delict sau altfel.

Colaboratori

Tara R.Sood, MD
Rezident, Departamentul de Medicină de Urgență
New York University/Bellevue Hospital Center
New York, NY
Capitolul 17

Fernando Soto, MD
Profesor asociat
Secția Medicină de Urgență Pediatrică
Universitatea din Puerto Rico
Capitolul 13

Ethan S.Wiener, MD
Director asociat
Medicină de urgență pediatrică
Spitalul de copii Goryeb
Spitalul Memorial Morristown
Morristown, NJ
Capitolul 13

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

Studenți evaluatori

Radhika Lu Bauer, dr
de Medicină a NYU
din 2010

Phillip G.Blanc
Şcoala de Sănătate Publică Harvard
UMDNJ-Robert Wood Johnson Medical School
MPH/MD Candidat
Clasa 2009

Mary Bonar, DO
Penn State University Medical Center
Departamentul de Medicină de Urgenţă
PGY-1

Ilana Harwayne-Gidansky
de medicină
SUNY Downstate College
din 2009

Dip Jadav
Colegiul de Medicină din Texas A&M Health Science Center

Clasa 2008

Tina Nguyen, MD
Harbour-UCLA Medical Center
Departamentul de Medicină de Urgenţă
PGY-1

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

Cuprins

Introducere ..... **xiii**
Recunoaștere ..... ***xv***

Dureri toracice și disritmii cardiace

Întrebări ..... **I**
Răspunsuri **24**

Respirația scurtă

Întrebări **49**
Răspunsuri **63**

Dureri abdominale și pelvine

Întrebări **77**
Răspunsurile **105**

traume

Întrebări **129**
Răspunsurile **148**

Febră

Întrebări **177**
Răspunsuri **190**

Șoc și resuscitare

Întrebări **207**
Răspunsurile **221**

Intoxicatii si supradozaj

Întrebări **235**
Răspunsuri **250**

Starea psihică alterată

Întrebări **267**
Răspunsuri **280**

Sângerare gastrointestinală

Întrebări **297**
Răspunsurile **306**

Leziuni musculo-scheletale

Întrebări **317**
Răspunsurile **332**

Durere de cap

Întrebări **345**
Răspunsurile **357**

Slăbiciune și amețeli

Întrebări **373**
Răspunsurile **385**

Pediatrie

Întrebări **399**
Răspunsurile **419**

Sângerare vaginală

Întrebări **439**
Răspunsuri **450**

Expunerile la mediu

Întrebările **461**
Răspunsurile **474**

Dureri de ochi și schimbare vizuală

Întrebări **489**
Răspunsurile **497**

Îngrijirea rănilor

Întrebările **507**

Răspunsurile **514**

Urgențe endocrine

Întrebările **521**
Răspunsurile **526**

Tulburări psihosociale

Întrebările **533**
Răspunsurile **540**

Bibliografie **549**
Index **553**

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

Introducere

Medicină de urgenţă: Auto-evaluare şi revizuire PreTest, ediţia a doua, are scopul de a oferi studenţilor la medicină, precum şi ofiţerilor şi medicilor casnici, un instrument convenabil pentru evaluarea şi îmbunătăţirea cunoştinţelor lor despre medicina de urgenţă. Cele 500 de întrebări din această carte sunt similare ca formă şi complexitate cu cele incluse în Pasul 2 al examenului de licenţă medicală din Statele Unite (USMLE). Ele pot fi, de asemenea, un instrument de studiu util pentru pasul 3 şi pentru examenele de studii.

Fiecare întrebare din această carte are un răspuns corespunzător, o referire la un text care oferă fundal pentru răspuns şi o scurtă discuţie asupra diferitelor probleme ridicate de întrebare şi răspunsul acesteia. O listă de referinţe pentru întreaga carte urmează ultimul capitol. Pentru întrebările cu răspunsuri multiple, trebuie selectat **cel mai bun răspuns la fiecare întrebare.** Pentru seturile de potrivire, un grup de întrebări va fi precedat de o listă de opţiuni cu litere. Pentru fiecare întrebare din setul de potrivire, selectaţi **o** opţiune cu litere care este **cel mai** strâns asociată cu întrebarea.

Pentru a simula constrângerile de timp impuse de examenele de calificare pentru care această carte este destinată ca ghid de practică, studentul sau medicul ar trebui să aloce aproximativ un minut pentru fiecare întrebare. După ce aţi răspuns la toate întrebările dintr-un capitol, trebuie să petreceţi atât timp cât este necesar, revizuind explicaţiile pentru fiecare întrebare de la sfârşitul capitolului. Ar trebui să se acorde atenţie tuturor explicaţiilor, chiar dacă persoana examinată a răspuns corect la întrebare. Cei care caută mai multe informaţii despre un subiect ar trebui să se refere la materialele de referinţă enumerate sau la alte texte standard în medicina de urgenţă.

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

Confirmare

Mulţumesc din suflet familiei mele pentru dragoste şi sprijin, în special lui Ruby; profesioniştii medicali dedicaţi ai departamentelor de urgenţă de la New York University/Bellevue Hospital şi Wayne State University/Detroit Receiving Hospital; Catherine Johnson pentru că mi-a oferit această oportunitate şi pacienţii mei, care şi-au pus încrederea în mine şi mă învaţă ceva nou în fiecare zi.

— AJR

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

Dureri toracice și disritmii cardiace

Întrebări

I. Un bărbat în vârstă de 59 de ani se prezintă la departamentul de urgență (UR) plângându- se de durere toracică de nou debut, care iradiază către brațul stâng. Are o istorie de hipertensiune arterială, hipercolesterolemie și un istoric de fumat de 20 de ani. Electrocardiograma lui (ECG) este remarcabilă pentru inversiunile undei T în derivațiile laterale. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Dați pacientului două comprimate de nitroglicerină sublingual și observați dacă durerea în piept se rezolvă.
b. Așezați pacientul pe un monitor cardiac, administrați oxigen și administrați aspirină.
c. Apelați laboratorul de cateterism cardiac pentru intervenție percutanată imediată (PCI).
d. Comandați o radiografie toracică; administrați aspirină, clopidogrel și heparină.
e. Începeți imediat un P -blocker.

2. O femeie de 36 de ani se prezintă la urgență cu debut brusc de durere toracică pe partea stângă și scurtare ușoară a respirației care a început cu o seară înainte. Ea a reușit să adoarmă fără dificultăți, dar s-a trezit dimineața cu dureri persistente care se agravează după ce a inspirat adânc. A urcat scările de acasă și a devenit foarte scurtă, ceea ce a făcut-o să vină la urgență. În urmă cu două săptămâni, a luat un zbor de 7 ore din Europa și de atunci are dureri și umflături pe partea stângă a gambei. Care este cea mai comună constatare ECG pentru prezentarea acestui pacient?

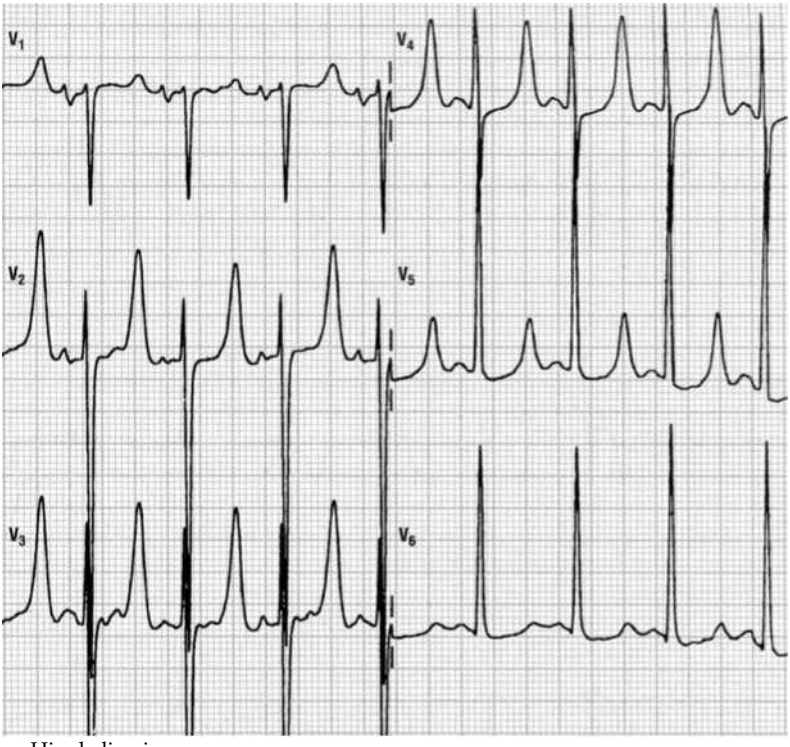
a. $S_1Q_3T_3$ model
b. Fibrilatie atriala
c. Abaterea axa dreapta
d. Mărirea atrială dreaptă
e. Tahicardie sau modificări nespecifice ale undei ST-T

3. Un bărbat de 51 de ani cu antecedente îndelungate de hipertensiune arterială

se prezintă la UR plângându-se de palpitaţii toracice intermitente care durează o săptămână. El neagă durerea în piept, dificultăţi de respiraţie, greaţă şi vărsături. Îşi aminteşte că a simţit episoade similare de palpitaţii în urmă cu câteva luni, dar s-au rezolvat. Tensiunea arterială (TA) este de 130/75 mm Hg, frecvenţa cardiacă (FC) este de 130 de bătăi pe minut, frecvenţa respiratorie (RR) este de 16 respiraţii pe minut, iar saturaţia de oxigen este de 99% în aerul din cameră. Un ECG este văzut mai jos. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Sedaţi pacientul pentru cardioversie sincronizată imediată cu 100 Jouli
b. Pregătiţi pacientul pentru laboratorul de cateterism cardiac
c. Administraţi Coumadin
d. Se administrează amiodarona
e. Se administrează diltiazem

4. O femeie de 54 de ani se prezintă la urgenţă din cauza unei schimbări de comportament la domiciliu. În ultimii 3 ani, ea are boală renală în stadiu terminal care necesită dializă. Fiica ei afirmă că pacienta a fost din ce în ce mai obosită şi ocazional confuză în ultimele 3 zile şi nu a consumat dieta obişnuită. La examinare, pacientul este alert şi orientat numai către persoană. Restul examinării ei este normal. Se efectuează un ECG iniţial cu 12 derivaţii, aşa cum se vede mai jos. Care dintre următoarele anomalii electrolitice explică cel mai bine aceste constatări?



a. Hipokaliemie
b. Hiperkaliemie
c. Hipocalcemie
d. Hipercalcemie
e. Hiponatremie

5. Un bărbat înalt şi subţire de 29 de ani se prezintă la urgenţă după ce a simţit lipsă de aer timp de 2 zile. În UR, el nu se află într-o suferinţă acută. TA este de

115/70 mm Hg, HR este de 81 de bătăi pe minut, RR este de 16 respirații pe minut și saturația de oxigen este de 98% în aerul camerei. Examenele cardiace, pulmonare și abdominale sunt normale. Un ECG evidențiază ritmul sinusal cu o rată de 79. O radiografie toracică arată un pneumotorax spontan mic pe partea dreaptă (mai puțin de 10% din hemitorax). O radiografie toracică repetată 6 ore mai târziu dezvăluie o scădere a pneumotoraxului. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Externarea pacientului cu urmărire în 24 de ore
b. Efectuați decompresie cu ac în al doilea spațiu intercostal, linia media-claviculară
c. Introduceți un tub toracic de 20F în hemitorace drept
d. Observați încă 6 ore
e. Admite pentru pleurodeză

6. Un bărbat de 42 de ani găsit vărsând pe stradă este adus la Urgențe de către serviciile medicale de urgență (EMS). El are un istoric cunoscut de abuz de alcool, cu multiple prezentări pentru intoxicație. Astăzi, pacientul se plânge de debut acut, durere toracică persistentă asociată cu disfagie și durere la îndoirea gâtului. TA este de 115/70 mm Hg, HR este de 101 bătăi pe minut, RR este de 18 respirații pe minut și saturația de oxigen este de 97% în aerul camerei. În timp ce îi asculți inima, auzi un zgomot. Abdomenul său este moale, cu sensibilitate epigastrică ușoară. ECG este tahicardie sinusală fără anomalii ale undei ST-T. La radiografie toracică se observă o deplasare laterală a pleuralului mediastinal stâng. Care este diagnosticul cel mai probabil?

a. Pneumonie de aspirație
b. Pancreatită acută
c. Pericardită
d. Perforația esofagiană
e. Disecția aortică

7. Un bărbat în vârstă de 65 de ani, cu antecedente de hipertensiune arterială cronică, se prezintă la urgență cu durere în piept lacrimogenă cu debut brusc, care iradiază către maxilar. TA este de 205/110 mm Hg, HR este de 90 de bătăi pe minut, RR este de 20 de respirații pe minut și saturația de oxigen este de 97% în aerul camerei. Pare îngrijorat. La examenul cardiac se aude un suflu diastolic la marginea sternului drept. O radiografie toracică relevă un mediastin lărgit. Care dintre următoarele este studiul preferat pentru a diagnostica starea acestui pacient?

a. Electrocardiograma (ECG)
b. Ecocardiografie transtoracică (ETT)
c. Ecocardiografie transesofagiană (TEE)

d. Tomografie computerizată (CT).
e. Imagistica prin rezonanță magnetică (RMN)

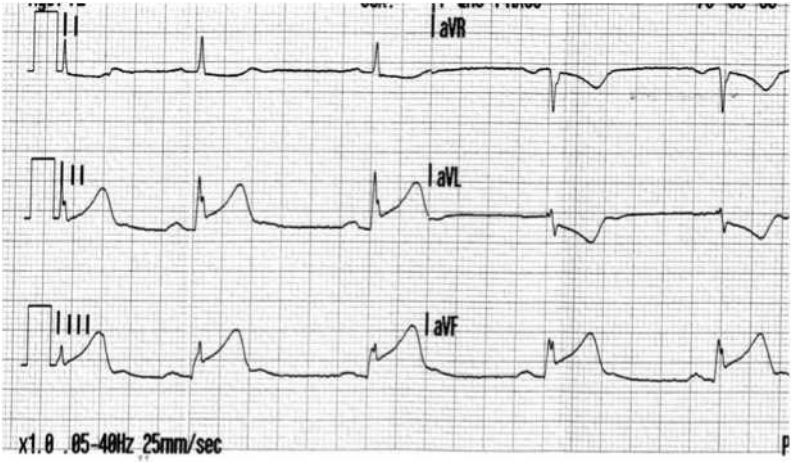
8. Un bărbat de 47 de ani, cu antecedente de hipertensiune arterială, se prezintă la UR, plângându-se de durere toracică continuă în partea stângă, care a început în timp ce a pufnit cocaină acum 1 oră. Pacientul afirmă că nu a avut niciodată dureri în piept în trecut când a consumat cocaină. TA este de 170/90 mm Hg, HR este de 101 bătăi pe minut, RR este de 18 respirații pe minut și saturația de oxigen este de 98% în aerul camerei. Pacientul afirmă că singurul medicament pe care îl ia este alprazolamul pentru a „calma nervii". Care dintre următoarele medicamente este contraindicată la acest pacient?

a. Metoprolol
b. Diltiazem
c. Aspirină
d. Lorazepam
e. Nitroglicerina

9. O femeie de 32 de ani se prezintă la urgenţă cu o febră persistentă de 101 ° F în ultimele 3 zile. Pacienta afirmă că a lucrat ca funcţionară în magazin de proximitate, dar a fost concediată în urmă cu 2 săptămâni. De atunci, ea a consumat droguri intravenos zilnic. Examenul cardiac evidenţiază un suflu cardiac. Abdomenul ei este moale şi lipsit de sensibilitate, cu o splină mărită. Radiografia toracică evidenţiază multiple infiltrate neregulate în ambele câmpuri pulmonare. Rezultatele de laborator arată globule albe (WBC) 14.000/ p L cu 91% neutrofile, hematocrit 33% şi trombocite 250/ p L. Un ECG evidenţiază ritmul sinusal cu bloc cardiac de gradul I. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Obţineţi patru seturi de hemoculturi, comandaţi o ecocardiogramă transtoracică (TTE) şi începeţi tratamentul cu antibiotice.
b. Comandaţi un test monospot şi recomandaţi pacientului să se abţină de la activităţi viguroase timp de 1 lună.
c. Administraţi un antiinflamator nesteroidian (AINS) şi informaţi pacienta că are pericardită.
d. Administraţi izoniazidă (INH) şi raportaţi pacientul la Departamentul de Sănătate.
e. Comandă un anticorp Lyme şi începe terapia cu antibiotice.

10. O femeie de 61 de ani era în drum spre magazin când a început să simtă o presiune în piept în centrul pieptului. A devenit diaforetică şi s-a simţit fără respiraţie. La sosirea la ED prin EMS, TA este de 130/70 mm Hg, HR este de 76 de bătăi pe minut, iar saturaţia de oxigen este de 98% în aerul din cameră. Asistenta îi dă o aspirină şi se efectuează un ECG aşa cum se vede mai jos. Care dintre următoarele descrie cel mai bine locaţia infarctului miocardic (IM) al acestui pacient?



a. Anteroseptal
b. Anterior
Lateral
Inferior
Posterior
c .
d .
e.

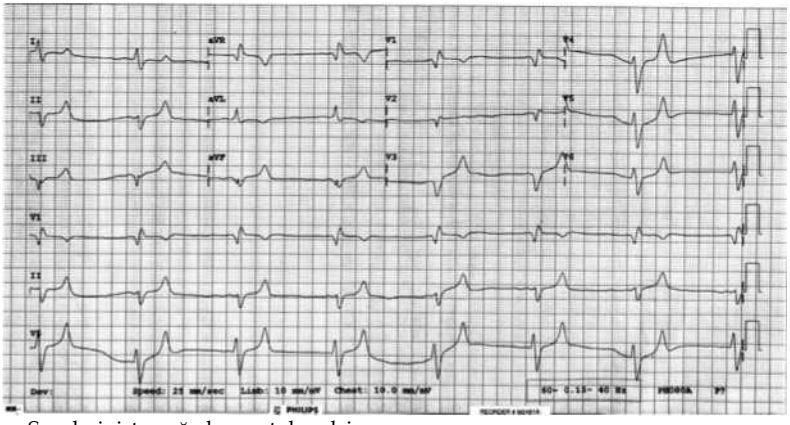
11. Un bărbat în vârstă de 31 de ani care lucrează pentru o firmă de mutări se prezintă la urgenţă pentru că a crezut că are un infarct. Nu fumează şi face jogging 3 zile pe săptămână. Tatăl său a murit de un atac de cord la şaizeci de ani. El descrie o apariţie treptată a durerii în piept care se agravează cu activitatea şi se rezolvă atunci când este în repaus. HR este de 68 de bătăi pe minut, TA este de 120/70 mm Hg şi RR este de 14 respiraţii pe minut. La examinare, plămânii lui sunt limpezi şi nu există suflu cardiac. Palpaţi sensibilitate peste marginea sternală stângă la a treia şi a patra coastă. Un ECG evidenţiază ritmul sinusal cu o rată de 65. O radiografie toracică nu arată infiltrate sau pneumotorax. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Administraţi aspirină şi trimiteţi după o troponină.
b. Se administrează aspirină, clopidogrel şi heparină şi se admite pentru sindromul coronarian acut (SCA).
c. Administraţi ibuprofen şi asiguraţi-l pe pacient că nu are un atac de cord.
d. Injectaţi corticosteroizi în articulaţia costocondrală pentru a reduce inflamaţia.
e. Observaţi pacientul timp de 6 ore.

12. O tânără de 21 de ani se prezintă la Urgenţe plângându-se de ameţeală. Simptomele ei au apărut acum 45 de minute. Nu are alte simptome şi nu ia niciun medicament. Are antecedente medicale de prolaps de valvă mitrală. FC ei este de 170 de bătăi pe minut şi TA este de 105/55 mm Hg. Examenul fizic nu este remarcabil. După administrarea medicamentelor adecvate , HR-ul ei încetineşte şi simptomele se rezolvă. Repetaţi un ECG cu 12 derivaţii care arată o frecvenţă de 89 de bătăi pe minut cu un ritm regulat. Intervalul PR măsoară 100 msec şi există o cursă în sus a complexului QRS . Pe baza acestor informaţii, care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Tahicardie ventriculară
b. Flutter atrial cu blocare 3:1
c. Fibrilatie atriala
d. Sindromul Lown-Ganong-Levine (LGL).
e. Sindromul Wolff-Parkinson-White (WPW).

13. Un bărbat de 55 de ani se prezintă la urgenţă cu slăbiciune care se agravează, crampe musculare şi parestezii. Antecedentele sale medicale sunt semnificative pentru hipertensiune arterială şi diabet. Fumează câte un pachet de ţigări pe zi La examinare, pacientul este alert şi orientat şi difuz slab. Un ECG este văzut mai jos. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai important în management?



a. Se administrează gluconat de calcium.
b. Se administrează insulină şi dextroză.
c. Administraţi aspirină şi sunaţi la laboratorul de cateterism.
d. Comandaţi o scanare CT a capului de urgenţă şi obţineţi un consult de neurologie.
e. Colectaţi o probă din urină pentru a testa cetonele.

14. În timp ce ia cina, un bărbat de 55 de ani simte brusc că o bucată de friptură „se blochează" în stomac. În UR, el se plânge de disfagie, saliva şi ocazional naştere. La examinare, TA este de 130/80 mm Hg, HR este de 75 de bătăi pe minut, RR este de 15 respiraţii pe minut, iar saturaţia de oxigen este de 99% în aerul camerei. Nu apare în suferinţă respiratorie. Radiografia toracică este negativă pentru aer sub diafragmă. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Se administrează 1 mg glucagon intravenos în timp ce se organizează endoscopie.
b. Administraţi un îngheţat pentru carne, cum ar fi papaina, pentru a înmuia bolusul alimentar.
c. Se administrează 10 ml de sirop de ipecac pentru a induce vărsăturile şi a disloca bolusul alimentar.
d. Efectuaţi manevra Heimlich până când mâncarea se disloca.

e. Apelați la o consultație chirurgicală pentru a vă pregăti pentru laparotomie.

15. Un bărbat în vârstă de 59 de ani se prezintă la urgență cu dureri toracice în partea stângă și dificultăți de respirație care au început cu 2 ore înainte de sosire. El afirmă că durerea este asemănătoare presiunii și iradiază pe brațul stâng. El este diaforetic. TA este de 160/80 mm Hg, HR 86 bătăi pe minut și RR 15 respirații pe minut. ECG evidențiază supradenivelare de 2 mm a segmentului ST în derivațiile I, aVL, V_3 până la V_6. Care dintre următoarele este o contraindicație absolută pentru a primi terapie trombolitică?

a. TA sistolică mai mare de 180 mm Hg
b. Pacient pe Coumadin și aspirină
c. Artroplastia totala de sold acum 3 luni
d. Boala ulcerului peptic
e. Accident vascular cerebral hemoragic anterior

16. O femeie de 67 de ani este adusă la urgență de paramedici care se plâng de dispnee, oboseală și palpitații. TA este de 80/50 mm Hg, inima este de 139 de bătăi pe minut și RR este de 20 de respirații pe minut. Pielea ei este rece și este diaforetică. Examinarea plămânilor ei dezvăluie trosnet bilateral și începe să aibă dureri în piept. ECG-ul ei arată un ritm neregulat complex îngust, cu o frecvență de 140 de sec. Care dintre următoarele este cel mai potrivit tratament imediat pentru acest pacient?

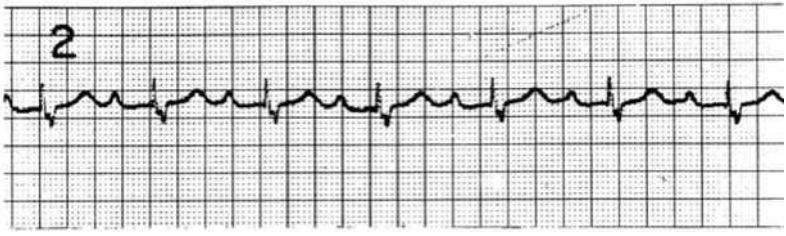
a. Diltiazem
b. Metoprolol
c. Digoxină
d. Coumadin
e. Cardioversie sincronizată

17. O femeie în vârstă de 61 de ani cu antecedente de insuficiență cardiacă congestivă (ICC) se află la un picnic în familie când începe să se plângă de dificultăți de respirație. Fiica ei o aduce la urgență, unde s-a descoperit că are o saturație de oxigen de 85% în aerul camerei, cu râuri la jumătatea distanței în ambele câmpuri pulmonare. TA ei este de 185/90 mm Hg, iar pulsul este de 101 bătăi pe minut. La examen , presiunea venoasă jugulară (JVP) este cu 6 cm deasupra unghiului sternal. Există edem cu gropi la nivelul extremităților inferioare. Care dintre următoarele este cel mai potrivit medicament de primă linie pentru a reduce preîncărcarea cardiacă?

a. Metoprolol
b. Sulfat de morfină
c. Nitroprusiatul
d. Nitroglicerina

e. Oxigen

18. Un bărbat în vârstă de 27 de ani, care este altfel sănătos, se prezintă la urgență cu o laceraţie pe degetul mare pe care a suferit-o în timp ce tăia un covrigi. Irigaţi şi reparaţi rana şi sunteţi pe cale să externaţi pacientul când acesta vă întreabă dacă poate primi un ECG. Nu este ocupat în ED, aşa că efectuaţi ECG, aşa cum se vede mai jos. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?



(Reproduced, with permission, from TintinalliJ, Kelen G, StapczynskiJ. Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide*. New York, NY: McGraw-Hill, 2004:193)*

a. Admiteţi pacientul pentru plasarea unui stimulator cardiac.
b. Admiteţi pacientul pentru o perioadă de observaţie de 24 de ore.
c. Administraţi aspirină şi trimiteţi biomarkeri cardiaci.
d. Repetaţi ECG din cauza plasării incorecte a derivaţiei.
e. Eliberaţi pacientul acasă.

I 9. O femeie în vârstă de 56 de ani cu antecedente de cancer ovarian se prezintă la urgență cu debut acut de durere toracică în partea dreaptă, dificultăţi de respiraţie şi dispnee. TA este de 131/75 mm Hg, FC este de 101 bătăi pe minut, respiraţiile sunt de 18 respiraţii pe minut şi saturaţia de oxigen este de 97% în aerul din cameră. Suspectaţi că acest pacient are o embolie pulmonară (EP). Care dintre următoarele teste este cel mai probabil să fie anormal?

a. Gaze din sângele arterial Saturaţie în oxigen ECG
b. Radiografie toracică D-dimer
c.
d.
e.

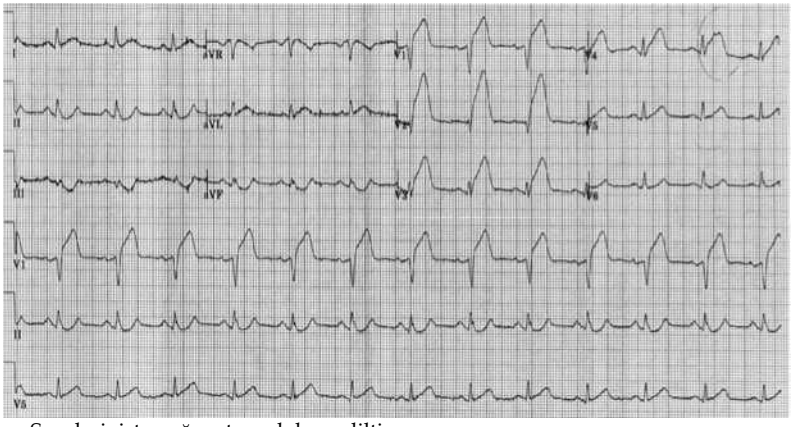
20. O femeie de 61 de ani cu antecedente de diabet zaharat şi hipertensiune arterială este adusă la urgenţă de fiica ei. Pacienta afirmă că a început să simtă lipsă de aer în urmă cu aproximativ 12 ore şi apoi a observat o senzaţie de furnicături în mijlocul pieptului şi a devenit diaforetică. Un ECG evidenţiază depresia ST în derivaţiile II, III şi aVF. Crezi că pacientul a avut un IM fără supradenivelare ST. Care dintre următorii markeri cardiaci începe să crească în decurs de 3 până la 6 ore de la debutul durerii în piept, atinge vârful la 12 până la 24 de ore şi revine la valoarea iniţială în 7 până la 10 zile?

a. Mioglobina
b. Creatinin kinaza (CK)
c. Creatinin kinaza-MB (CK-MB)
d. troponina I
e. Lactic dehidrogenaza (LDH)

21. Un bărbat de 27 de ani se plânge de palpitaţii în piept şi ameţeli în ultima oră. Nu are antecedente medicale şi nu ia niciun medicament. Bea ocazional o bere în weekend şi nu fumează ţigări. HR este de 180 de bătăi pe minut, TA este de 110/65 mm Hg, iar saturaţia de oxigen este de 99% în aerul camerei. Un ECG dezvăluie o FC de 180 de bătăi pe minut cu un complex QRS de 90 msec cu un ritm regulat. Nu există unde P perceptibile. Care dintre următoarele este cel mai potrivit medicament pentru a trata această aritmie?

a. Digoxin
b. Lidocaine
c. Amiodarone
d. Adenosine
e. Bretylium

22. Un bărbat în vârstă de 59 de ani se prezintă la urgenţă cu dureri în piept în partea stângă şi dificultăţi de respiraţie care au început acum 1 oră. Semnele vitale iniţiale sunt TA 85/45 mm Hg, HR 105 bătăi pe minut, RR 20 respiraţii pe minut şi saturaţia de oxigen 94% în aerul camerei. Un ECG este văzut mai jos Care dintre următoarele este cel mai potrivit tratament definitiv?



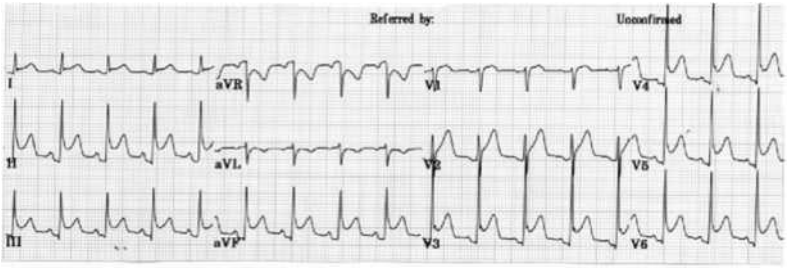
a. Se administrează metoprolol sau diltiazem
b. Cardioversie electrică
c. Se administrează gluconat de calciu
d. Terapia trombolitică
e. Angioplastie percutanată

23. Un bărbat în vârstă de 55 de ani se prezintă la urgenţă la 2:00 AM cu durere toracică în partea stângă care iradiază pe braţul stâng. Ia un Ș -blocant pentru hipertensiune arterială, un inhibitor al pompei de protoni pentru boala de reflux gastroesofagian şi un agent antilipidic pentru colesterolul ridicat. De asemenea, a luat sildenafil în noaptea precedentă pentru disfuncţie erectilă. TA este de 130/70 mm Hg, iar FC este de 77 de bătăi pe minut. Care dintre următoarele medicamente este contraindicată la acest pacient?

a. Aspirină
b. Heparină nefracţionată
c. Nitroglicerina
d. Metoprolol
e. Sulfat de morfină

24. O profesoară de grădiniţă în vârstă de 31 de ani se prezintă la urgenţă plângându-se de durere toracică substernală acută, care este ascuţită în natură şi

iradiază spre spate. Durerea este mai accentuată când stă întinsă pe targă şi se ameliorează când se ridică. Ea fumează ocazional ţigări şi i s-a spus că are diabet la limită. Ea neagă orice intervenţii chirurgicale recente sau călătorii lungi. TA este de 145/85 mm Hg, HR este de 99 de bătăi pe minut, RR este de 18 respiraţii pe minut şi temperatura este de 100,6 ° F. Examinarea pieptului ei dezvăluie plămâni limpezi şi o frecare. Abdomenul ei este moale şi nesensibil la palpare. Picioarele ei nu sunt umflate. Radiografia toracică şi ecocardiografia sunt neremarcabile. ECG-ul ei este prezentat mai jos. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?



(Reprodus, cu permisiunea, din Fuster V et al. Hurst's The Heart . *New York, NY: McGraw-Hill, 2004:304)*

a. Scanare anticoagulante şi CT pentru a evalua un PE
b. prescrieţi un AINS şi externaţi pacientul
c. Aspirină, heparină, clopidogrel şi admit pentru SCA
d. Se administrează trombolitice dacă durerea persistă
e. Prescripţi antibiotice şi externaţi pacientul

25. Un bărbat de 71 de ani joacă cărţi cu nişte prieteni când începe să simtă o durere în partea stângă a pieptului. Degetele lui din mâna stângă devin amorţite şi simte că îi lipseşte respiraţia. Soţia lui cheamă ambulanţa şi este adus la spital. În ED se efectuează un ECG. Care dintre următoarele descrie cel mai bine ordinea modificărilor ECG observate într-un IM?

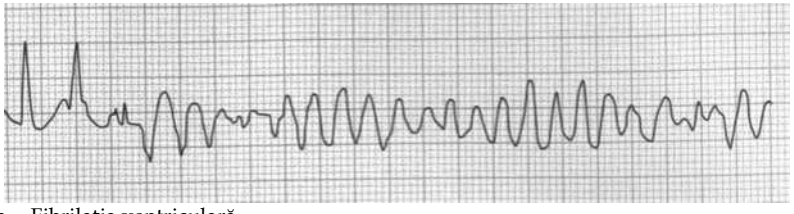
a. Undă T hiperacută, supradenivelare a segmentului ST, undă Q
b. Undă Q, supradenivelare a segmentului ST, undă T hiperacută
c. Undă T hiperacută, undă Q, supradenivelare a segmentului ST
d. Denivelarea segmentului ST, undă Q, undă T hiperacută
e. Denivelarea segmentului ST, undă T hiperacută, undă Q

26. Un agent de asigurări în vârstă de 63 de ani este adus la urgenţă de paramedici pentru dificultăţi de respiraţie şi un RR de 31 de respiraţii pe minut. Pacientul neagă durerea în piept, febră, vărsături sau diaree. Soţia lui spune că a rămas fără „pastila de apă" în urmă cu o săptămână. TA este de 185/90 mm Hg, frecvenţa cardiacă este de 101 bătăi pe minut, saturaţia de oxigen este de 90% în

aerul camerei și temperatura este de 98,9 ° F. Există crestături la jumătatea distanței în ambele câmpuri pulmonare și 2+ edem cu gropi la mijlocul picioarelor. Un ECG arată tahicardie sinusală. Pacientul stă în picioare și poate să vă vorbească. După plasarea pacientului pe un monitor și introducerea unui IV, care dintre următoarele este cel mai potrivit pas următor în management?

a. Obține culturi de sânge, număr complet de celule sanguine (CBC) și începe terapia cu antibiotice empirică
b. Comandați o radiografie portabilă a pieptului statim (STAT).
c. Se administrează oxigen prin canulă nazală și se cere pacientului să mestece o aspirină.
d. Administrați oxigen prin non-rebreather, furosemid, nitroglicerină și luați în considerare terapia respiratorie neinvazivă.
e. Intubație endotraheală cu secvență rapidă.

27. Un tânăr de 23 de ani este adus la urgență după ce s-a prăbușit în timpul unui joc de basketball. TA este de 80/palp. Tatăl său a murit din cauza unei „afecțiuni cardiace" la o vârstă fragedă. El este așezat pe un monitor și ritmul este afișat mai jos. Care dintre următoarele opțiuni descrie cel mai bine acest ritm?



a. Fibrilația ventriculară
b. Fibrilatie atriala
c. Sindromul Wolf-Parkinson-White
d. Tahicardie supraventriculară
e. Torsades de pointes

28. Care dintre următorii pacienți are cea **mai mică** probabilitate clinică pentru diagnosticul de embolie pulmonară?

a. O tânără de 21 de ani la 2 zile după cezariană
b. O femeie de 55 de ani sub terapie de substituție cu estrogeni care a suferit o procedură de înlocuire totală a șoldului în urmă cu 3 zile
c. Un bărbat de 39 de ani care fumează ocazional țigări și a suferit o apendicectomie necomplicată în urmă cu 2 luni
d. Un bărbat de 62 de ani cu cancer pancreatic
e. Un bărbat de 45 de ani cu deficiență de factor V Leiden

29. Un bărbat în vârstă de 75 de ani iese să scoată zăpada de pe alee După 5 minute de lopat, simte lipsă de aer, dureri în piept şi apoi leşina. Se trezeşte câteva minute mai târziu când soţia lui îl scutură. În UR, el neagă durerea în piept sau dispneea. TA este de 160/85 mm Hg, FC este de 71 de bătăi pe minut, iar saturaţia de oxigen este de 97% în aerul camerei. La examinare, auziţi un suflu aspru de ejecţie sistolic. Un ECG relevă un ritm sinusal cu hipertrofie ventriculară stângă. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Stop cardiac asistolic
b. Sindromul Brugada
c. Sindromul de furt subclavian
d. PE
e. Stenoza aortică

30. În timp ce joacă un meci de tenis, un bărbat de 56 de ani cu antecedente medicale semnificative doar pentru boala de reflux acid începe să simtă dureri substernale în piept care iradiază în braţul stâng şi dificultăţi de respiraţie. Durerea lui se simte mai bine după ce a băut antiacid, dar din moment ce nu este complet rezolvată, partenerul lui sună la 911. La sosire, EMS administrează aspirină şi nitroglicerină sublinguală. După 20 de minute, simptomele bărbatului se rezolvă. El este adus la ED pentru o evaluare suplimentară, unde ECG-ul său arată ritm sinusal fără anomalii ischemice. Comandaţi o radiografie toracică şi îi trimiteţi analizele de sânge la laborator pentru analiză. Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la diagnosticul de IM acut este cea mai corectă?

a. Un ECG normal exclude diagnosticul de IM acut.
b. Un set de enzime cardiace negative este suficient pentru a exclude diagnosticul de IM la acest pacient.
c. Este posibil ca troponina să nu atingă nivelurile maxime timp de cel puţin 12 ore.
d. Ameliorarea simptomelor cu antiacide exclude în esenţă o cauză cardiacă a durerii în piept.
e. Disconfortul epigastric şi indigestia este o prezentare rară a SCA.

31. O femeie în vârstă de 62 de ani se prezintă la urgenţă cu slăbiciune generală, dificultăţi de respiraţie şi dureri substernale în piept care iradiază către umărul stâng. TA este de 155/80 mm Hg, HR este de 92 de bătăi pe minut şi RR este de 16 respiraţii pe minut. Bănuieşti că are un IM acut. Care dintre următorii agenţi terapeutici s-a dovedit că reduce în mod independent mortalitatea în cazul unui IM acut?

a. Nitroglicerina
b. Aspirină
c. Heparină nefracţionată
d. Lidocaina
e. Diltiazem

32. O studentă de 22 de ani a mers la clinica de sănătate plângându-se de febră în ultimele 5 zile, oboseală, mialgii şi un atac de vărsături şi diaree. Medicul clinicii l-a diagnosticat cu gastroenterita acuta si i-a spus sa bea mai multe lichide. Trei zile mai târziu, studentul se prezintă la urgenţă plângându-se de dureri toracice substernale care sunt constante. De asemenea, simte că îi lipseşte respiraţia. Temperatura lui este de 100,9 ° F, HR este de 119 bătăi pe minut, TA este de 120/75 mm Hg şi RR este de 18 respiraţii pe minut. Se efectuează un ECG care dezvăluie tahicardie sinusală. O radiografie toracică nu este remarcabilă. Testele de laborator sunt normale, cu excepţia leucocitelor uşor crescute. Care dintre următoarele este cea mai frecventă cauză a diagnosticului acestui pacient?

a. *Streptococcus viridans*
b. *Staphylococcus aureus*
c. Virusul Coxsackie B
d. Boala aterosclerotică
e. Abuzul de cocaina

33. O femeie în vârstă de 51 de ani se prezintă la urgenţă după 5 zile consecutive de presiune substernală zdrobitoare în piept care a trezit-o din somn dimineaţa. Durerea dispare spontan după 20 până la 30 de minute. Ea este un alpinist pasionat şi face jogging 5 mile zilnic. Ea nu a fumat niciodată ţigări şi nu are antecedente familiale de boală coronariană. În ED, ea experimentează un alt episod de durere în piept. Un ECG relevă supradenivelări ale segmentului ST şi biomarkerii cardiaci sunt negativi. Durerea este ameliorată cu nitroglicerină sublinguală. Ea este internată în spital, iar testele diagnostice relevă o boală aterosclerotică coronariană minimă. Care dintre următoarele este cel mai potrivit medicament pentru a trata starea acestui pacient?

a. Aspirină
b. Blocant al canalelor de calciu (CCB)
c. Ș -Blocker
d. H2 -Blocant
e. Antidepresiv

34. O tânără de 23 de ani, care este profesoară de şcoală elementară, este adusă la urgenţă după ce s-a sincopat în sala de clasă în timp ce preda. Înainte de a leşina, ea descrie că s-a simţit ameţită şi ameţită şi apoi îşi aminteşte că a fost în ambulanţă. Nu a existat nicio dovadă de activitate convulsivă. Nu are probleme medicale şi nu ia medicamente. Tatăl ei a murit de o „problemă cardiacă" la vârsta de 32 de ani. Ea nu fumează şi nu consumă droguri. TA este de 120/70 mm Hg, pulsul este de 71 de bătăi pe minut, RR este de 14 respiraţii pe minut şi saturaţia de oxigen este de 100% în aerul din cameră. Examenul ei fizic şi rezultatele de laborator sunt toate normale. O bandă de ritm este văzută mai jos. Which of the following is the most likely diagnosis?

a. Sindromul Wolff-Parkinson-White
b. Sindromul QT lung
c. Sindromul Lown-Ganong-Levine
d. Bloc cardiac complet
e. Flutter atrial

35. În timp ce discută despre prezentarea unui caz cu un student la medicină, un pacient din apropiere care tocmai s-a întors de la o radiografie a gleznei strigă de durere. Te apropii de el şi îl întrebi ce este în neregulă. El afirmă că, de când s-a întors din suita de radiologie, cardioverter-defibrilatorul automat implantabil (AICD) se descarcă. Îl conectaţi la monitor şi observaţi că ritmul lui este sinusal. Observaţi un al treilea şoc în timp ce pacientul este în ritm sinusal. Care dintre

următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Trimiteți pacientul înapoi la sala de radiologie pentru o altă radiografie pentru a-și desensibiliza AICD.
b. Administrați medicamente pentru durere și așteptați până când reprezentantul dispozitivului ajunge la spital pentru a opri AICD.
c. Admiteți pacientul la unitatea de telemetrie pentru a-i monitoriza ritmul și pentru a găsi cauza scurgerii lui AICD.
d. Plasați un magnet peste generatorul AICD pentru a-l dezactiva și, astfel, a preveni șocuri suplimentare.
e. Faceți o mică incizie peste peretele toracic și scoateți generatorul AICD și cablurile.

36. Un bărbat de 55 de ani se prezintă la urgență cu dureri în piept și dificultăți de respirație. TA este de 170/80 mm Hg, FC este de 89 de bătăi pe minut, iar saturația de oxigen este de 90% în aerul din cameră. Examenul fizic dezvăluie trosnituri la jumătatea distanței în ambele câmpuri pulmonare și un nou suflu holosistolic care este cel mai puternic la vârf și iradiază spre axila stângă. ECG relevă supradenivelări ST în derivațiile inferioare. Radiografia toracică arată edem pulmonar cu o silueta cardiacă de mărime normală. Care dintre următoarele este cea mai probabilă cauză a suflului cardiac?

a. Stenoză aortică critică
b. Ruptura mușchiului papilar
c. Revărsat pericardic
d. CHF
e. Disecția aortică

37. O femeie de 82 de ani este adusă la urgență de fiica ei pentru afecțiuni care provoacă oboseală, amețeli și amețeli. Pacientul neagă durerea în piept sau scurtarea respirației. Nu a început niciun medicament nou. TA este de 140/70 mm Hg, HR este de 37 de bătăi pe minut și RR este de 15 respirații pe minut. Se începe un IV și se extrage sânge. Un ECG este văzut mai jos. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

(Reprodus, cu permisiunea, din Fuster V et al. Hurst's The Heart . *New York, NY: McGraw-Hill, 2004:904)*

a. Repaus la pat pentru următoarele 48 de ore și monitorizare cu medicul ei primar.
b. Administrați aspirină, comandați un set de enzime cardiace și intrați în unitatea de îngrijire cardiacă (CCU).
c. Puneți un magnet pe piept pentru a-i opri stimulatorul cardiac.
d. Admite pentru monitorizare Holter și ecocardiogramă.
e. Așezați pe un monitor cardiac, așezați dispozitive externe de stimulare pe pacient și introduceți-l în CCU.

38. Un bărbat de 22 de ani se prezintă la urgență cu antecedente compatibile cu un IM acut. ECG-ul său dezvăluie creșteri ST și biomarkerii cardiaci sunt pozitivi. În ultimele 3 luni a fumat o jumătate de pachet de țigări pe zi. Bea alcool când iese cu prietenii lui. Bunicul său a murit în urma unui atac de cord la vârsta de 80 de ani. Pacientul nu are hipertensiune arterială sau diabet zaharat și nu ia medicamente pe bază de rețetă. Un control recent al colesterolului a relevat niveluri normale de colesterol total, lipoproteine cu densitate joasă (LDL) și lipoproteine cu densitate mare (HDL). Care dintre următoarele este explicația cea mai probabilă pentru prezentarea lui?

a. Fumatul de tigara
b. Istoric familial de atac de cord la vârsta de 80 de ani
c. Sondele plasate incorect pe ECG
d. Consum nedezvăluit de cocaină
e. Consumul de alcool

39. Un bărbat de 29 de ani este adus la urgență de EMS pentru un episod sincopal care a avut loc în timpul unui meci de baschet. Un prieten afirmă că pacientul tocmai a căzut la pământ la scurt timp după ce a marcat un coș la o pauză rapidă. La examinare, observați un suflu proeminent de ejecție sistolic de-a lungul marginii sternului stâng și la vârf. Un ECG evidențiază hipertrofie ventriculară stângă, mărire a atriului stâng și unde Q septale. Suspectați diagnosticul și cereți pacientului să efectueze manevra Valsalva în timp ce îi ascultați inima. Care dintre următoarele este cel mai probabil să apară la intensitatea murmurului cu această manevră?

a. Scădere
b. Crește
c. Rămâne neschimbat
d. Dispărea
e. Intensitatea rămâne aceeași, dar inima sare o bătaie

40. O femeie în vârstă de 61 de ani cu cancer de sân metastatic se prezintă la urgență cu dureri în piept, tuse și dificultăți de respirație. Ea afirmă că aceste simptome au început acum o săptămână și s-au agravat progresiv. Ea neagă febra sau frisoanele. La examinare, observați distensie venoasă jugulară. TA ei este de 105/70 mm Hg și HR este de 98 de bătăi pe minut. O radiografie toracică este

prezentată mai jos. Care dintre următoarele constatări ECG este asociată cu această prezentare?

(Reprodus, cu permisiune, din Cheitlin MD., Sokolow M, McIlroy MB. Clinical Cardiology. *New York, NY: McGraw-Hill, 1996:641)*

a. Complexe de joasă tensiune
b. Complexe de înaltă tensiune
c. Depresia segmentului ST
d. Denivelarea segmentului ST
e. inversarea undei T

41. O femeie în vârstă de 68 de ani cu cancer uterin recent diagnosticat este adusă la urgenţă de fiica ei. Pacientul se plânge de durere toracică acută în partea dreaptă, care este ascuţită şi se agravează cu inspiraţia. TA este de 135/85 mm Hg, HR 107 bătăi pe minut, RR 20 respiraţii pe minut şi saturaţie de oxigen de 97% în aerul camerei. Examenul fizic evidenţiază un viţel drept umflat şi sensibil. ECG este tahicardie sinusală. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Începeţi terapia cu heparină înainte de studiul de diagnostic
b. Se administrează trombolitice
c. Comandaţi o scanare de ventilaţie-perfuzie
d. Comandaţi o angiografie CT
e. Comandaţi un D-dimer

42. Un bărbat în vârstă de 57 de ani se plânge de palpitaţii în piept şi ameţeală în ultima oră. În urmă cu cinci ani, a fost supus unui cateterism cardiac cu plasarea de stent în artera coronară. El fumează o jumătate de pachet de ţigări zilnic şi bea un pahar de vin la cină. HR este de 140 de bătăi pe minut, TA este de 115/70 mm Hg, iar saturaţia de oxigen este de 99% în aerul camerei. Un ECG dezvăluie o tahicardie complexă larg la o rată de 140, care este regulat în ritm. Un ECG de acum 6 luni arată un ritm sinusal cu o rată de 80. Care dintre următoarele este cel mai potrivit medicament pentru a trata această aritmie?

a. Digoxin
b. Diltiazem
c. Amiodarone
d. Adenosine
e. Bretylium

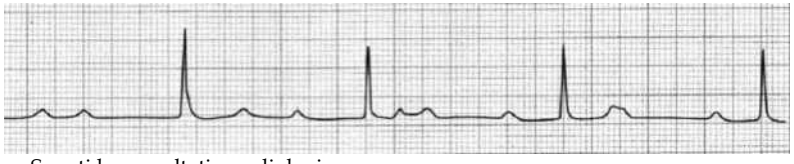
43. Un bărbat în vârstă de 55 de ani, cu hipertensiune arterială şi antecedente de fumat cu un pachet pe zi, se prezintă la urgenţă plângându-se de trei episoade de durere toracică severă şi grea în această dimineaţă, care i-au radiat către umărul stâng. În trecut, a experimentat disconfort în piept după 20 de minute de mers pe jos, care s-a rezolvat cu odihnă. Episoadele de durere în piept din această dimineaţă au avut loc în timp ce citea ziarul. TA este de 155/80 mm Hg, HR 76 bătăi pe minut, RR 15 respiraţii pe minut. Nu are dureri în piept în ED. Un ECG dezvăluie ritmul sinusal cu o rată de 72. O troponină I este negativă. Care dintre următoarele descrie cel mai bine diagnosticul acestui pacient?

a. Varianta angină
b. Angina pectorală stabilă
c. Angina instabilă
d. IM fără elevaţie ST
e. ST-denivelare MI

44. Un bărbat de 58 de ani este adus la urgenţă pentru un episod sincopal la cină . Soţia lui afirmă că era bine până când l-a găsit că se prăbuşeşte brusc pe scaun şi îşi pierde cunoştinţa pentru un minut. Pacientul îşi aminteşte că a avut un anumit disconfort în piept şi dificultăţi de respiraţie înainte de episod. Banda lui de ritm, obţinută de EMS, este prezentată mai jos. Care dintre următoarele descrie cel mai bine aceste constatări?

a. Mobitz tip I
b. Mobitz tip II
c. Bloc atrioventricular (AV) de gradul I
d. Flutter atrial cu contracţii ventriculare premature (PVC)
e. Bradicardie sinusala

45. Pe măsură ce examinaţi pacientul descris la întrebarea anterioară, acesta începe să se plângă de disconfort toracic şi dificultăţi de respiraţie şi are un alt episod sincopal. ECG-ul lui este prezentat mai jos. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?



a. Sunati la consultatie cardiologie
b. Cardiovertirea pacientului
c. Se administrează metoprolol
d. Se administrează amiodarona
e. Aplicaţi stimulator cardiac transcutanat

Dureri toracice și disritmii cardiace

Răspunsuri

1. Răspunsul este b. *(Rosen, pp 1039-1044.)* Prezentarea pacientului este clasică pentru un SCA. Are **multipli factori de risc** cu anomalii ale undei T pe ECG. Cel mai adecvat management inițial include **plasarea pacientului pe un monitor cardiac** pentru a detecta disritmiile, stabilirea accesului intravenos, furnizarea **de oxigen suplimentar** și administrarea **de aspirină.** Dacă pacientul are durere toracică activă în ED, trebuie administrată **nitroglicerină** sau **morfină sublinguală** până când durerea se rezolvă. Acest lucru scade tensiunea peretelui și cererea miocardică de oxigen. Un mnemonic comun folosit este **MONA** (**M** orphine, **O** xygen, **N** itroglicerin, **A** spirin) salută pacienții cu dureri toracice la ușă.

(a) Deși nitroglicerina este unul dintre primii agenți utilizați în SCA, este prudent să excludem mai întâi un infarct ventricular drept, care, dacă este prezent, poate duce la hipotensiune arterială. **(c)** PCI este justificată dacă ECG-ul pacientului a arătat supradenivelare de segment ST. **(d)** Pacientul va avea nevoie de o radiografie toracică și cel mai probabil va primi clopidogrel și heparină; totuși acest lucru se face numai după ce ați fost pe un monitor cu oxigen și a mestecat o aspirină. **(e)** Blocantele Ș sunt de obicei adăugate pentru tahicardie, hipertensiune arterială și durere persistentă și se administrează numai odată ce pacientul este evaluat pentru contraindicații. Contraindicațiile relative ale utilizării blocantelor Ș includ astmul sau boala pulmonară obstructivă cronică, ICC și sarcina în trimestrul trei.

2. Răspunsul este e. *(Feied, 2006.)* Pacienta are cel mai probabil o **tromboembolism pulmonar (EP)** care a embolizat dintr-un tromb la gambele stângi. Diagnosticul de EP se face de obicei cu o angiografie CT, ecocardiogramă sau o scanare de ventilație-perfuzie. Cele mai frecvente anomalii ECG în cadrul PE sunt **tahicardia și anomaliile nespecifice ale undei ST-T .** Orice altă anomalie ECG poate apărea cu probabilitate egală, dar niciuna nu este sensibilă sau specifică pentru PE. Dacă sunt prezente anomalii ECG, acestea pot sugera PE, dar absența anomaliilor ECG nu are o valoare predictivă semnificativă. Mai mult, 25% dintre pacienții cu PE dovedit au ECG care sunt neschimbate față de starea inițială.

(a, b, c şi d) Constatarea modelului $S_1Q_3T_3$ este nespecifică şi insensibilă în absenţa suspiciunii clinice pentru PE. Descoperirile clasice ale deformarii inimii drepte şi ale corului pulmonar acut sunt undele P înalte, cu vârf în derivaţia II (P pulmonale), deviaţia axei drepte, blocul de ram drept, un model $S_1Q_3T_3$ sau fibrilaţia atrială. Din păcate, doar 20% dintre pacienţii cu PE dovedit prezintă oricare dintre aceste anomalii ECG clasice.

3. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp 1083-1085.)* **Fibrilaţia atrială (FA)** este o tulburare de ritm a atriilor care are ca rezultat forme de undă neregulate, haotice, ventriculare. Această activitate haotică poate duce la reducerea debitului cardiac din cauza pierderii contracţiilor atriale coordonate şi a unei frecvenţe ventriculare rapide, ambele putând limita umplerea diastolică şi volumul vascular cerebral al ventriculilor. Fibrilaţia atrială poate fi cronică sau paroxistică, durează de la minute la zile. Pe ECG se văd unde fibrilatorii şi sunt însoţite de un model QRS neregulat. Principalul tratament ED pentru fibrilaţia atrială este **controlul frecvenţei.** Acest lucru poate fi realizat de mulţi agenţi, dar agentul cel mai frecvent utilizat este diltiazem, un CCB cu efecte excelente de blocare a nodului AV.

(a) Dacă pacientul era instabil, ar trebui să fie imediat cardiovertis. Totuşi, acest pacient este stabil şi asimptomatic; prin urmare, scopul în ED este controlul ratei. **(b)** Cateterizarea ar fi corectă dacă pacientul ar prezenta creşteri ale segmentului ST pe ECG. **(c)** Dacă pacientul este în fibrilaţie atrială mai mult de 48 de ore, atunci el trebuie să fie anticoagulat înainte de cardioversie. Coumadin, împreună cu heparina, sunt agenţi utilizaţi pentru anticoagulare. În general, un pacient cu fibrilaţie atrială stabilă face o ecocardiogramă pentru a evalua trombul. Dacă există un tromb prezent, pacienţii sunt plasaţi pe Coumadin timp de 2 până la 3 săptămâni şi cardioversia are loc atunci când raportul lor internaţional normalizat (INR) este terapeutic. Dacă nu se vede niciun cheag la ecocardiogramă, atunci se administrează heparină şi cardioversia poate avea loc imediat. **(d)** Amiodarona este, de asemenea, utilizată pentru controlul ratei în fibrilaţia atrială; cu toate acestea, nu este un agent de primă linie şi se recomandă a fi utilizat selectiv la pacienţii cu o fracţie de ejecţie a ventriculului stâng scăzută.

4. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp 1727-1731.)* Pacienţii cu boală renală în stadiu terminal, care necesită dializă, sunt predispuşi la tulburări electrolitice. Tabloul clinic al acestui pacient este în concordanţă cu **hiperkaliemia.** ECG poate oferi indicii valoroase despre prezenţa hiperkaliemiei. Pe măsură ce nivelul de potasiu creşte, **undele T cu vârf** sunt prima manifestare caracteristică. Creşterile ulterioare sunt asociate cu modificări ECG progresive, inclusiv **pierderea undelor P şi lărgirea complexului QRS.** În cele din urmă, trasarea presupune un model de undă **sinusoidală ,** urmată de fibrilaţie ventriculară sau asistolă.

(a) Manifestările ECG ale hipokaliemiei includ aplatizarea undelor T, deprimarea segmentului ST şi undele U. **(c)** Hipocalcemia se manifestă ca prelungire a intervalului QT, în timp ce hipercalcemia **(d)** se manifestă ca scurtarea intervalului QT. **(e)** Nu există rezultate ECG clasice cu hiponatremie.

5. Răspunsul este a. *(Rosen, pp 1000-1004.)* Pacientul prezintă un **pneumotorax spontan primar (PTX),** care apare la indivizi fără boală pulmonară aparentă clinic. În schimb, pneumotoraxul spontan secundar apare la persoanele cu boală pulmonară subiacentă, în special boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC). Pentru pacienţii tineri, altfel sănătoşi, cu un PTX primar spontan mic (mai puţin de 20% din hemitorax), observaţia singură poate fi adecvată. Rata de reabsorbţie intrinsecă este de aproximativ 1% până la 2% pe zi şi este accelerată cu administrarea de oxigen 100%. Mulţi medici **observă aceşti pacienţi timp de 6 ore** şi apoi **repetă radiografia toracică** . Dacă radiografia toracică repetată nu arată nicio creştere a dimensiunii PTX, pacientul poate fi **externat cu urmărire în 24 de ore.** Călătoria cu aerul şi scufundările subacvatice (modificări ale presiunii atmosferice) trebuie evitate până când PTX se rezolvă complet.

(b) Decompresia cu ac este o manevră de temporizare pentru pacienţii cu suspiciune de tensiune PTX. **(c)** Toracostomia cu tub este utilizată în PTX secundară spontană, PTX traumatism şi PTX > 20% din hemitorace. **(d)** Cu excepţia cazului în care există o schimbare a statutului său, pacientul nu trebuie să fie observat pentru încă 6 ore. **(e)** O pleurodeză este o intervenţie operativă pentru a preveni reapariţia PTX. Se efectuează la pacienţii cu boală pulmonară de bază.

6. Răspunsul este d. *(Rosen, pp 1236-1237.)* **Perforaţia esofagiană** este o afecţiune care poate pune viaţa în pericol, care poate rezulta din orice manevră asemănătoare Valsalva, inclusiv naşterea, tusea şi ridicarea greutăţilor. Alcoolicii sunt expuşi riscului ca urmare a vărsăturilor lor frecvente. Cea mai frecventă cauză a perforaţiei esofagiene este din cauze iatrogenice, cum ar fi o complicaţie de la endoscopia superioară. Constatarea clasică la examenul fizic este **emfizemul mediastinal sau cervical.** Acest lucru se remarcă prin simţirea aerului sub piele la palparea peretelui toracic sau printr-un **zgomot** auzit la auscultare, cunoscut şi sub numele de **semn Hamman.** Semnele radiografice ale pneumomediastinului pot fi subtile. Deplasarea laterală a pleurei mediastinale de către aerul mediastinal creează o densitate liniară paralelă cu conturul mediastinal. Pe proiecţia laterală se observă aer mediastinal în spaţiul retrocardiac.

(a) Pneumonia de aspiraţie este o inflamaţie a parenchimului pulmonar precipitată de material străin care pătrunde în arborele traheobronşic. Alcoolicii sunt predispuşi la pneumonie de aspiraţie din cauza efectului sedativ al

etanolului. Acest lucru determină o scădere a reflexelor normale de protecţie a căilor respiratorii. Rezultatele radiografiei toracice sunt adesea întârziate, atelectazia fiind de obicei prima constatare. **(b)** Alcoolicii au o incidenţă mare a pancreatitei şi pot prezenta sensibilitate epigastrică, totuşi, de obicei, nu au aer mediastinal la radiografie **(c)** Semnul distinctiv la examenul fizic al pericarditei acute este frecarea. Frecarea poate fi cauzată de frecarea dintre pericardul visceral şi parietal inflamat sau cicatrizat sau poate rezulta din frecarea dintre pericardul parietal şi pleura adiacentă. Disecţia aortică **(e)** apare de obicei la pacienţii cu hipertensiune arterială cronică sau tulburări ale ţesutului conjunctiv. Nu ar trebui să aibă semnul Hamman.

7. Răspunsul este c. *(Rosen, pp. 1171-1174.)* Tabloul clinic al pacientului cu hipertensiune arterială cronică, durere toracică acută lacrimală cu debut, suflu diastolic al insuficienţei aortice şi radiografie toracică cu mediastinul lărgit este în concordanţă cu o **disecţie aortică.** Studiul preferat este o **ecocardiogramă transesofagiană (TEE),** care este foarte sensibilă. Poate fi efectuat rapid la pat şi nu necesită radiaţii sau contrast.

(a) Modificările ECG care sunt în concordanţă cu o disecţie aortică sunt modificări ischemice, complexe de joasă tensiune şi alternanţele electrice. Cu toate acestea, acest lucru este sugestiv, dar nu diagnostic. **(b)** Un TTE este limitat în diagnosticarea disecţiilor de aortă deoarece transmiterea undelor este împiedicată de sternul de deasupra. Poate fi util să vezi lichidul pericardic ca urmare a disecţiei proximale. **(d)** O scanare CT este un studiu excelent cu sensibilităţi care se apropie de ETE. Este studiul de alegere dacă un TEE nu este uşor disponibil. Cu toate acestea, necesită ca pacientul să părăsească ED şi să primească contrast IV. **(e)** O imagine prin rezonanţă magnetică (RMN) are sensibilitate şi specificitate ridicate şi are avantajul de a identifica o ruptură intimă. Cu toate acestea, studiul necesită ca pacientul să părăsească ED pentru o perioadă lungă de timp. În prezent, este cel mai util pentru pacienţii cu disecţii cronice.

8. Răspunsul este a. *(Tintinalli, p. 1077.)* Pacienţii cu dureri toracice în timpul consumului de cocaină ar trebui evaluaţi pentru o posibilă ischemie miocardică. Pacienţii suspectaţi de SCA trebuie trataţi corespunzător cu oxigen, nitraţi, morfină, aspirină şi benzodiazepine; cu toate acestea, terapia cu antagonisti **Ș -adrenergici** este **absolut contraindicată.** Dacă receptorii Ș -adrenergici sunt antagonizaţi, receptorii a -adrenergici sunt lăsaţi neopoziţi şi disponibili pentru stimularea crescută de către cocaină. Aceasta se poate agrava în vasoconstricţie coronariană şi periferică, hipertensiune arterială şi posibil ischemie. Prin urmare, benzodi azepinele, care scad fluxul simpatic central, sunt piatra de temelie în tratamentul pentru ameliorarea durerilor toracice legate de cocaină.

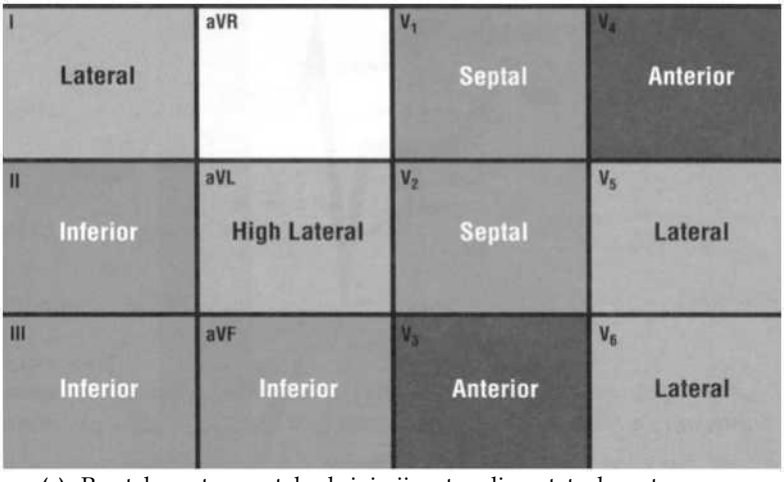
(b) Diltiazem, un CCB, poate fi utilizat la pacienţii cu dureri toracice legate de cocaină. Este folosit pentru a reduce HR. **(c)** Aspirina trebuie administrată tuturor pacienţilor cu dureri toracice, cu excepţia cazului în care există o contraindicaţie. La pacienţii cu dureri toracice legate de cocaină şi care convulsează, aspirina poate fi ţinută până când se efectuează o scanare CT pentru a exclude o sângerare intracraniană. **(d)** Lorazepam, o benzodi azepină, este un medicament excelent de utilizat în durerile toracice legate de cocaină, deoarece le reduce impulsul simpatic, ducând la o reducere a TA şi a FC. **(e)** La aceşti pacienţi trebuie administrată nitroglicerină dacă au dureri în piept. Nitraţii dilată arterele coronare, crescând fluxul de sânge către miocard.

9. Răspunsul este a. *(Tintinalli, pp 1893-1940.)* Incidenţa **endocarditei la consumatorul de droguri intravenoase (IVDU)** este estimată a fi de 40 de ori mai mare decât a populaţiei generale. Spre deosebire de populaţia generală, endocardita în IVDU este de obicei **pe partea dreaptă** , majoritatea cazurilor implicând **valva tricuspidă.** Pacienţii cu endocardită legată de IVDU, de obicei, nu au nicio dovadă de afectare anterioară a valvei. Pacienţii pot prezenta febră, suflu cardiac, tuse, dureri toracice pleuritice şi hemoptizie. Suflurile din partea dreaptă, care variază în funcţie de respiraţie, sunt de obicei patologice şi mai specifice pentru diagnostic. La pacienţii cu endocardită pe partea dreaptă şi emboli pulmonari septici, plângeri pulmonare, infiltrate pe radiografiile toracice şi hipoxie moderată au fost descrise la mai mult de 33% dintre pacienţi; aceste simptome şi semne pot induce în eroare medicul să identifice plămânul ca sursă primară de infecţie. **Hemoculturile** vor fi pozitive la mai mult de 98% dintre pacienţii cu endocardită asociată IVDU dacă se obţin **3 până la 5 seturi .** Diagnosticul necesită în general izolarea microbiană dintr-o cultură de sânge sau pentru a demonstra leziunile tipice pe ecocardiografie. **TTE** este cea mai sensibilă modalitate de imagistică pentru demonstrarea vegetaţiilor şi a implicării valvei tricuspide în endocardita asociată cu IVDU . Tratamentul iniţial cu antibiotice trebuie direcţionat împotriva speciilor *S aureus* şi *Streptococcus .*

(b) Mononucleoza se prezintă cu febră, durere în gât şi limfadenopatie . Pacienţii pot avea, de asemenea, o splină mărită, care este mai predispusă la traume. Cu toate acestea, mononucleoza nu provoacă un suflu cardiac sau infiltrate neregulate pe radiografia toracică. **(c)** Pericardita se poate prezenta cu febră şi dureri în piept, iar AINS sunt utilizate pentru tratament. Cu toate acestea, nu provoacă anomalii valvulare care duc la un suflu şi infiltrate pulmonare. **(d)** Tuberculoza, în general, nu se prezintă cu durere în piept sau murmur cardiac . **(e)** În boala Lyme, pacienţii au frecvent o erupţie cutanată numită **eritem migran.** Deşi boala Lyme nu duce la anomalii valvulare, pacienţii pot prezenta anomalii de conducere cardiacă, cel mai îngrijorător fiind blocul cardiac complet. Pacienţii

au de obicei factori de risc pentru expunerea la căpuşe, cum ar fi drumeţiile într-o zonă împădurită.

10. Răspunsul este d. *(Rosen, p. 1021.)* ECG standard cu 12 derivaţii este singurul cel mai bun test pentru a identifica pacienţii cu IM acut la prezentarea în UR. Este important să se identifice locaţia anatomică a unui IM acut pentru a estima cantitatea de miocard pe cale de dispariţie. Artera coronară dreaptă (RCA) alimentează nodul AV şi peretele inferior al ventriculului stâng la 90% dintre pacienţi. **IM peretelui inferior** se caracterizează prin **supradenivelare ST în cel puţin două dintre derivaţiile inferioare (II, III, aVF).** Modificările reciproce ale ST (de exemplu, depresia ST) în derivaţiile precordiale anterioare (V_1-V_4) în cadrul unui IM acut pe peretele inferior prezic o distribuţie mai mare a infarctului, o severitate crescută a bolii coronariene subiacente (CAD), o insuficienţă mai gravă a pompei şi o mortalitate crescută. În general, cu cât segmentele ST sunt mai ridicate şi cu cât segmentele ST sunt mai ridicate, cu atât leziunea este mai extinsă.



(a) Peretele anteroseptal al inimii este alimentat de artera coronară descendentă anterioară stângă (LAD). Un IM acut este identificat prin supradenivelarea ST în derivaţiile V_1, V_2 şi V_3. **(b)** Peretele anterior al inimii este, de asemenea, alimentat de LAD şi un infarct prezintă creşteri ST în derivaţiile V_2, V_3 şi V_4. **(c)** Peretele lateral al inimii este alimentat de artera coronară circumflexă stângă (LCA) şi un infarct prezintă creşteri ST în derivaţiile I, aVL, V_5 şi V_6. **(e)** Un MI posterior se referă la peretele posterior al ventriculului stâng. Apare în 15% până la 20% din toate IM şi, de obicei, împreună cu infarctul

inferior sau lateral. Figura de mai jos rezumă distribuția.

11. **Răspunsul este c.** *(Flowers, 2005.)* Pacientul are **costocondrită,** un proces inflamator al articulațiilor costocondrale sau costosternale care provoacă **durere și sensibilitate localizată.** Oricare dintre cele șapte joncțiuni costocondrale poate fi afectată și mai mult de un loc este afectat în 90% din cazuri. A doua până la a cincea joncțiuni costocondrale sunt cel mai frecvent implicate. Spre deosebire de ischemia sau infarctul miocardic, costocondrita este o cauză benignă a durerii toracice, adesea cu debut insidios, și este un aspect important în diagnosticul diferențial al durerii toracice. De remarcat, 5% până la 7% dintre pacienții cu ischemie cardiacă au, de asemenea, deformarea peretelui toracic . Debutul este adesea insidios. Durerea de perete toracic cu antecedente de traumatisme minore repetate sau activitate neobișnuită (de exemplu, pictură, mutarea mobilierului) este frecventă. Scopul terapiei este reducerea inflamației. **AINS** sunt de obicei prescrise.

(a) Pacientul nu are factori de risc cardiac și ECG și radiografia toracică sunt normale. **(b)** Acesta este un regim pentru ACS. **(d)** Aceasta nu este o terapie de primă linie. Injectarea cu corticosteroizi poate duce la degradarea oaselor. **(e)** Pacientul nu trebuie observat.

12. **Răspunsul este e.** *(Tintinalli, pp. 198-199.)* **Sindromul WPW** este cauzat de o **cale electrică accesorie (adică, Bundle of Kent)** între atrii și ventriculi. Semnificația principală a sindromului WPW este că predispune individul la dezvoltarea tahicardiilor de reintrare. Constatările ECG clasice includ un **interval PR scurt (< 120 msec), interval QRS lărgit (> 100 msec)** și o **undă delta** (slurred upstroke la începutul QRS). Când conducerea are loc anterograd în josul nodului AV și apoi retrograd în sus pe calea accesorie (ortodromică), ECG va apărea normal. Când impulsul are loc anterograd în jos pe calea de acces și retrograd în sus pe nodul AV (antidromic), complexul QRS va fi larg. În prezența conducerii antidromice (conducție mai întâi prin tractul bypass), efectul normal de încetinire al nodului AV se pierde și pot apărea rate de răspuns ventricular rapide (> 200 bătăi pe minut). Cea mai periculoasă circumstanță este în fibrilația atrială, unde impulsurile apar cu o rată mai mare de 300 de bătăi pe minut. Acest lucru poate duce rapid la fibrilație ventriculară.

(a) Tahicardia ventriculară poate fi dificil de distins de WPW La un pacient tânăr cu constatări ECG clasice, totuși, WPW este mai probabil. Cu toate acestea, este prudent să se evite agenții de blocare a ganglionilor AV în orice tahicardie complexă. **(b)** Flutterul atrial va avea unde de flutter care adoptă un model cu dinți de ferăstrău. **(c)** Fibrilația atrială este un ritm neregulat. **(d)** Sindromul LGL este clasificat ca un sindrom de preexcitație (similar cu WPW) în care este prezent un tract de bypass. LGL este caracterizat de un individ care este predispus la

tahidiritmii şi are un interval PR mai mic de 120 msec. Spre deosebire de WPW, complexul QRS este normal (fără undă delta).

13. Răspunsul este a. *(Rosen, pp 1727-1731.)* Pacientul are **hiperkaliemie care pune viaţa în pericol.** ECG-ul său arată un complex QRS larg, unde T cu vârf şi fără unde P. În orice moment, ritmul pacientului poate intra în fibrilaţie ventriculară sau asistolă. Există multe simptome de hiperkaliemie care sunt adesea dificil de distins de cele ale afecţiunii primare care a precipitat hiperkaliemia. Pacienţii pot începe cu letargie şi slăbiciune şi pot progresa spre paralizie şi areflexie. Dacă nu există anomalii ECG la un pacient cu hiperkaliemie, tratamentul poate începe cu răşini care leagă potasiul (de exemplu, Kayexalate). Cu toate acestea, acest pacient necesită administrare imediată de calciu, deoarece are un ritm cardiac instabil. **Calciul (gluconat sau clorură)** antagonizează efectele potasiului în miocard şi stabilizează pentru scurt timp membrana cardiacă. Cu toate acestea, calciul nu va scădea nivelul de potasiu; pentru a promova deplasările transcelulare şi îndepărtarea din organism, vor fi necesare şi alte măsuri.

(b) Insulina lucrează pentru a redistribui excesul de potasiu din compartimentul extracelular în cel intracelular, scăzând astfel concentraţia serică în mod tranzitoriu. Dextroza este administrată pentru a preveni hipoglicemia. Polistiren sulfonatul de sodiu (Kayexalate) este un tratament definitiv pentru hiperkaliemie, deoarece elimină potasiul din organism. Cu toate acestea, procesul nu este imediat şi durează între 30 de minute şi 2 ore pentru ca rezultatele să apară. Celălalt tratament definitiv pentru hiperkaliemie este dializa. **(c)** Aspirina trebuie administrată tuturor pacienţilor care suferă de dureri toracice coronariene. Persoanele cu un ECG compatibil cu IM cu supradenivelarea ST trebuie conduse la laboratorul de cateterism. **(d)** Deşi acest pacient prezintă slăbiciune globală, ECG-ul său este în concordanţă cu hiperkaliemia care pune viaţa în pericol şi trebuie abordată urgent. Nu este necesară scanarea CT a capului în acest moment. **(e)** Verificarea cetonelor urinare este un pas important în evaluarea acestei persoane pentru a evalua cetoacidoza diabetică. Cu toate acestea, ar trebui să aştepte până când pacientul este stabilizat.

14. Răspunsul este a. *(Rosen, pp. 1234-1236.)* Cel mai probabil, pacientul are o **obstrucţie parţială sau completă în esofagul inferior** secundar fripturii pe care a mâncat-o. Acest lucru apare de obicei în apropierea **joncţiunii gastroesofagiene.** Administrarea de **glucagon** poate determina o relaxare suficientă **a muşchiului neted esofagian** pentru a permite trecerea bolusului la aproximativ 50% dintre pacienţi. Efectul său relaxant se limitează la muşchiul neted şi, prin urmare, poate fi utilizat doar pentru impactiuni în esofagul inferior. Dacă glucagonul nu funcţionează, tratamentul definitiv este cu **endoscopie.**

Preparatorul de carne **(b),** folosit cândva pentru această situaţie, este acum

contraindicat secundar posibilităţii de perforare ca urmare a efectului său proteolitic asupra mucoasei esofagiene inflamate. Siropul de ipecac **(c)** se foloseste rar in situatii de ingestii toxice. De asemenea, vărsăturile trebuie evitate la pacientul nostru pentru a evita riscul perforaţiei esofagiene. Manevra Heimlich **(d)** poate fi o procedură de salvare a vieţii, dar nu este necesară la acest pacient care nu este în detresă respiratorie. Compromisul respirator poate apărea atunci când un corp străin se fixează în orofaringe, esofagul proximal sau este suficient de mare încât să afecteze traheea. Laparotomia **(e)** nu este indicată pentru perforaţiile esofagiene.

15. **Răspunsul este e.** *(Tintinalli, pp. 352-353.)* Terapia trombolitică (eliminarea cheagurilor) poate fi administrată la pacienţii cu un IM acut cu supradenivelare a ST care este în decurs de 6 până la 12 ore de la debutul simptomelor. Contraindicaţiile terapiei fibro-rinolitice sunt cele care cresc riscul de hemoragie. Cea mai catastrofală complicaţie este hemoragia intracraniană. Contraindicaţiile absolute includ:

- Accident vascular cerebral hemoragic anterior
- Neoplasm intracranian cunoscut
- Sângerare internă activă (cu excepţia menstruaţiei)
- Suspiciune de disecţie aortică sau pericardită

(a) TAS > 180 mm Hg este o contraindicaţie relativă. Cu toate acestea, dacă urmează să fie administrate trombolitice şi TAS pacientului este > 180 mm Hg, se pot administra medicamente antihipertensive pentru a scădea TAS la sub 180 mm Hg. **(b)** Anticoagularea este o contraindicaţie relativă. Mulţi pacienţi care suferă de infarct miocardic cu supradenivelarea ST urmează aspirină şi alte terapii antiplachetare şi anticoagulante. **(c)** O intervenţie chirurgicală majoră cu mai puţin de 3 săptămâni înainte de administrarea tromboliticelor este o contraindicaţie relativă. **(d)** Boala ulcerului peptic activ este o contraindicaţie relativă.

16. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp 1084-1085.)* Acest pacient este hipotensiv şi prezintă semne şi simptome de insuficienţă cardiacă (dispnee, oboseală, - crestături respiratorii şi dureri în piept) şi este în fibrilaţie atrială (complex neregulat, îngust). Orice pacient cu **semne vitale instabile** cu tahidisritmie trebuie să primească o doză de sedare şi să fie supus **cardioversiei sincronizate** începând de la 100 J.

(a) Diltiazem, un CCB, este utilizat ca agent de control al ratei pentru pacienţii cu fibrilaţie atrială. Dacă pacientul nu era hipotensiv sau nu prezenta semne de insuficienţă cardiacă, diltiazem este utilizat pentru a încetini răspunsul ventricular. **(b)** Metoprololul este uneori folosit pentru a controla frecvenţa

ventriculară în fibrilaţia atrială; cu toate acestea, este contraindicat la pacientii cu insuficienta cardiaca. În plus, are un efect inotrop negativ mai mare decât CCB, provocând astfel hipotensiune mai des. **(c)** Digitalis este o altă opţiune pentru a controla răspunsul ventricular în fibrilaţia atrială; cu toate acestea, debutul său relativ lent îl împiedică să fie utilizat în situaţia acută. **(d)** Coumadin este un anticoagulant care este administrat unui grup select de pacienţi cu fibrilaţie atrială cronică pentru a preveni formarea de tromb. Este, de asemenea, utilizat pentru a anticoagula pacienţii stabili care au fost în fibrilaţie atrială mai mult de 48 de ore şi urmează să fie cardiovertiţi farmacologic sau electric. Cardioversia fibrilaţiei atriale (dacă este mai lungă de 48 de ore) prezintă riscul de tromboembolism.

17. **Răspunsul este d.** *(Rosen, p. 1122.)* Acest pacient are **ICC decompensat cu edem pulmonar. Nitroglicerina** este cel mai eficient şi mai rapid mijloc de **reducere a preîncărcării** la un pacient cu ICC. Nitraţii scad preîncărcarea miocardică şi, într-o măsură mai mică, postîncărcarea. Nitraţii măresc capacitatea venoasă, inclusiv acumularea venoasă, care scade preîncărcarea şi cererea miocarală de oxigen. Este cel mai benefic atunci când pacientul care se prezintă cu ICC este şi hipertensiv. Se administrează sublingual, intravenos sau transdermic.

(a) Metoprololul, un blocant Ş, este contraindicat în insuficienţa cardiacă acută decompensată. **(b)** Sulfatul de morfină reduce congestia pulmonară printr-un efect simpatolitic central care provoacă vasodilataţie periferică. Aceasta scade întoarcerea venoasă centrală şi reduce preîncărcarea. Cu toate acestea, sulfatul de morfină este un deprimant respirator şi poate duce la hipoventilaţie. Nu acţionează la fel de rapid sau la fel de eficient ca nitroglicerina în reducerea preîncărcării. **(c)** Nitroprusiatul este un dilatator mixt venos şi arteriolar; reduce atât preîncărcarea , cât şi postsarcina. Poate fi utilizat la pacienţii cu edem pulmonar acut, dar este de obicei rezervat persoanelor cu TA sistolică > 100 mm Hg care nu răspund la dozele adecvate de reductori standard de preîncărcare (de exemplu, nitroglicerină). **(e)** Acest pacient este hipoxic, cu o saturaţie de oxigen de 85% şi necesită oxigen suplimentar. În situaţia acută, acest pacient ar trebui să fie plasat pe un dispozitiv fără respiraţie cu oxigen 100% care curge prin mască.

18. **Răspunsul este e.** *(Rosen, p. 1069.)* ECG-ul pacientului arată un ritm sinusal la o rată de 70 cu **bloc cardiac de gradul I.** Blocul cardiac de gradul I este definit ca conducerea prelungită a impulsurilor atriale fără pierderea niciunui impuls. Pe un ECG, aceasta se traduce printr-un **interval PR mai mare de 200 ms** cu un complex QRS îngust (mai puţin de 120 msec). Blocul cardiac de gradul I este adesea o variantă normală fără semnificaţie clinică, care apare la 1% până la 2% dintre adulţii tineri sănătoşi. Această variantă nu necesită tratament specific.

(a) Un stimulator cardiac este luat în considerare la pacienţii cu bloc AV de

tip II de gradul II sau bloc cardiac complet de gradul III. **(b)** Nu este necesară o perioadă de observaţie, deoarece intervalul PR prelungit este o variantă normală la acest individ.

(c) Aspirina şi biomarkerii cardiaci sunt trimişi pentru pacienţii despre care se crede că au SCA.

(d) Nu există dovezi că derivaţiile ECG sunt plasate incorect.

19. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp 1210-1224. Tintinalli, pp 386-391.)* **D-dimerul** este un produs de degradare produs prin proteoliza mediată de plasmină a fibrinei reticulate. Există două tipuri de teste D-dimer. Cele cu cea mai mare sensibilitate sunt testele imunosorbente legate de enzime şi testele turbidimetrice. Datorită valorii lor predictive negative ridicate, nivelurile D-dimerului sunt de obicei utilizate pentru **a exclude diagnosticul de PE.** În combinaţie cu o probabilitate scăzută de pretest, un D-dimer negativ este predictiv de a nu avea un PE. Prin urmare, la acest pacient cu o probabilitate mare de EP (de exemplu, care prezintă dispnee, durere toracică, tahicardie, malignitate), este probabil ca D-dimerul să fie anormal.

(a) Gazele din sângele arterial au o valoare predictivă foarte scăzută într-o populaţie tipică de pacienţi la care se suspectează PE, deoarece au de obicei o patologie pulmonară care afectează schimbul de gaze pulmonare mai mult decât o face un PE. Majoritatea pacienţilor cu EP au o $PaO2_{\text{normală}}$. **(b) Saturaţia** de oxigen este rareori redusă şi nu este foarte utilă în analiza PE. **(c)** Cele mai frecvente constatări ECG sunt tahicardia şi anomaliile nespecifice ale undei ST/T. Ocazional, sunt observate semne de încordare a inimii drepte. **(d)** Radiografiile toracice sunt de obicei normale. După douăzeci şi patru până la şaptezeci şi două de ore după o EP, pot fi observate atelectazie sau un infiltrat focal. Rezultatele radiografice asociate clasic cu PE sunt cocoaşa Hampton (infiltrat pleural triunghiular) şi semnul Westermark (dilatarea vaselor pulmonare proximale de PE cu colapsul vaselor distale).

20. **Răspunsul este d.** *(Tintinalli, p. 347.)* Markerii cardiaci serici sunt utilizaţi pentru a confirma sau exclude moartea celulelor miocardice şi sunt consideraţi standardul de aur pentru diagnosticul de IM. Deşi există mulţi markeri utilizaţi în prezent; cei mai sensibili şi specifici markeri sunt **troponina I şi T.** O creştere a acestor niveluri, aşa cum se vede în figură, este diagnostic pentru un IM acut. Nivelurile de troponine **cresc în decurs de 3 până la 6 ore de la debutul durerii în piept, atinge vârful la 12 până la 24 de ore** şi **rămân crescute timp de 7 până la 10 zile.**

(a) Mioglobina se găseşte atât în muşchiul scheletic, cât şi în cel cardiac şi este eliberată în fluxul sanguin atunci când există moartea celulelor musculare. Are tendinţa de a creşte în 1 până la 2 ore de la rănire, atinge vârfuri în 4 până la

6 ore şi revine la linia de bază în 24 de ore. **(b)** CK este o enzimă găsită în mușchiul scheletic şi cardiac. După IM acut, creşterile CK serice sunt detectabile în 3 până la 8 ore, cu un vârf la 12 până la 24 de ore după leziune şi se normalizează în 3 până la 4 zile.
(c) CK-MB este o izoenzimă găsită în mușchiul cardiac şi eliberată în sânge la moartea celulei. Creşte la 4 până la 6 ore după IM acut, atinge vârfuri în 12 până la 36 de ore şi revine la normal în 3 până la 4 zile. **(e)** Dehidrogenaza lactică este o enzimă care se găseşte în mușchi şi creşte la 12 ore după IM acut, atinge vârfuri la 24 până la 48 de ore şi revine la normal la 10 până la 14 zile.

21. **Răspunsul este d.** *(Tintinalli, p 1079.)* **Tahicardiile cu complex îngust** sunt definite ca ritmuri cu o durată a complexului QRS mai mică de 100 ms şi o frecvenţă ventriculară mai mare de 100 de bătăi pe minut. Deşi practic toate tahidiritmiile cu complexe înguste provin dintr-un focar deasupra ventriculilor , termenul **de tahicardie supraventriculară (SVT)** este folosit în mod convenţional pentru a desemna acele ritmuri în afară de tahicardia sinusală, tahicardia atrială, fibrilaţia atrială şi flutterul atrial (de exemplu, tahicardia tahicardică atrioventriculară şi retroventriculară tahicardie atrioventriculară). **Adenozina, un** agent de blocare a nodului AV cu acţiune ultrascurtă , este de obicei utilizată pentru a trata SVT. Deoarece acţionează atât de rapid, trebuie administrat printr-o venă mare (de exemplu, fosa antecubitală) cu un bolus de lichid intravenos rapid. Pe lângă adenozină, **manevrele care măresc tonusul vagal s-** au dovedit că încetinesc conducerea prin nodul AV. Unele dintre aceste manevre includ masajul sinusului carotidian, manevra Valsalva şi imersiunea facială în apă rece.

(a) Digoxina este vagotonică. Are un debut lent care poate dura câteva ore sau mai mult pentru a funcţiona. Ar trebui evitată dacă este luată în considerare cardioversia, deoarece poate duce la o aritmie fatală. **(b şi c)** Lidocaina şi amiodarona, deşi pot fi eficiente în tratarea tahicardiei cu complex îngust , sunt agenţi utilizaţi în general pentru tratarea tahicardiilor cu complex larg sau ventricular. **(e)** Bretylium nu mai este disponibil în Statele Unite, deoarece are un profil de siguranţă slab.

22. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp. 1011-1049.)* Acest ECG descrie un **infarct miocardic acut al peretelui anterior cu creşteri ST în derivaţiile V1 până la V4.** Pacientul este, de asemenea, hipotensiv secundar **şocului cardiogen.** Tratamentul preferat pentru un IM cu supradenivelarea ST este intervenţia percutanată primară (de exemplu, angioplastie, stent coronarian). S-a demonstrat că îmbunătăţeşte mortalitatea pe termen lung faţă de **(d)** terapia trombolitică. Ca măsură de stabilizare, pacientul poate necesita o pompă cu balon intra-aortic. Acesta este un dispozitiv mecanic care este utilizat pentru a scădea necesarul de

oxigen al miocardului și, în același timp, crește debitul cardiac. Prin creșterea debitului cardiac crește, de asemenea, fluxul sanguin coronarian și, prin urmare, livrarea de oxigen miocardic. Se introduce prin artera femurală.

(a) Ș -Blocantele și CCB-urile sunt contraindicate la pacienții care sunt hipotensivi. **(b)** Pacientul nu are o aritmie și, prin urmare, nu ar trebui să fie cardiovertis. **(c)** Gluconatul de calciu este agentul de alegere pentru persoanele cu semne ECG de toxicitate pentru potasiu. Nu are un rol în managementul IM acut .

23. **Răspunsul este c.** *(Tintinalli, p. 356.)* **Sildenafilul (Viagra)** este un inhibitor selectiv de guanozin monofosfat ciclic (GMP) care are ca rezultat relaxarea mușchilor netezi și vasodilatația prin eliberarea de oxid nitric. Este folosit la bărbați pentru disfuncția erectilă. Este **contraindicată administrarea de nitroglicerină persoanelor** care au luat sildenafil în ultimele 24 de ore. Combinația de nitroglicerină și sildenafil poate duce la hipotensiune arterială și deces. Dacă nitrații sunt administrați concomitent cu sildenafil, pacientul trebuie monitorizat îndeaproape pentru hipotensiune arterială. Reanimarea cu fluide și agenți presori pot fi necesare pentru restabilirea TA.

(a) Aspirina este contraindicată persoanelor cu alergie anafilactică sau sângerare activă. **(b)** Heparina este contraindicată la persoanele cu trombocitopenie indusă de heparină și la cei care sângerează activ.
(d) Metoprololul este contraindicat la persoanele hipotensive. **(e)** Sulfatul de morfină este contraindicat la pacienții cu depresie respiratorie.

24. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp 1130-1133.)* Prezentarea clasică a **pericarditei** include **durerea toracică, frecarea pericardică și anomalii ECG.** Poate apărea un prodrom de febră și mialgii. Durerea toracică din pericardită este de obicei substernală și variază în funcție de respirație. Are un caracter clasic ascuțit sau pleuritic. De obicei, este **ameliorată dacă stați în față și se agravează prin culcare sau înghițire.** Semnul de examen fizic al pericarditei acute este **frecarea pericardică.** Cele mai timpurii modificări ECG sunt observate în primele ore până la zile de boală și includ **supradenivelarea difuză a segmentului ST** observată în derivațiile I, II, III, aVL, aVF și V_2 până la V_6. Majoritatea pacienților cu pericardită acută vor avea **depresie concomitentă a segmentului PR.** Principalul tratament include îngrijirea de susținere cu medicamente **antiinflamatoare** (de exemplu, AINS). Utilizarea corticosteroizilor este controversată. Trebuie efectuată o ecocardiogramă pentru a exclude revărsatul pericardic și tamponarea.

(a) PE se poate prezenta cu durere toracică substernală care este ascuțită în natură și mai gravă cu inspirație. Cu toate acestea, pacientul nu prezintă niciun factor de risc pentru un PE **(c și d).** Este foarte important să se poată diferenția un IM acut de pericardita acută deoarece terapia trombolitică este contraindicată în

pericardită deoarece poate precipita tamponada hemoragică. Spre deosebire de ECG într-un IM acut, creşterile ST în pericardita precoce sunt mai degrabă concave în sus decât convexe în sus. Urmările ulterioare nu evoluează printr-un model tipic MI şi undele Q nu apar. **(e)** Antibioticele nu sunt utilizate în mod obişnuit pentru a trata pericardita.

25. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp 1019-1020.)* Cea mai timpurie constatare ECG care rezultă dintr-un IAM este **unda T hiperacută,** care poate apărea la câteva - minute după întreruperea fluxului sanguin. Unda T hiperacută, care este de scurtă durată, evoluează spre **elevarea progresivă a segmentelor ST.** În general, **undele Q** reprezintă necroză miocardică stabilită şi se dezvoltă de obicei în 8 până la 12 ore după un IM cu supradenivelarea ST, deşi pot fi observate încă de la 1 până la 2 ore după debutul ocluziei coronariene complete.

26. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp 1120-1128.)* Pacientul are **exacerbare acută a ICC** cu **edem pulmonar acut (APE).** Deşi nu întotdeauna apare la prezentare, este important să se găsească cauza exacerbării. Acest pacient, de exemplu, nu a respectat medicamentele sale. Tratamentul începe prin evaluarea căilor respiratorii, a respiraţiei şi a circulaţiei (ABC). Stabilizarea iniţială are ca scop menţinerea controlului căilor respiratorii şi a ventilaţiei adecvate. Reducerea preîncărcării şi postîncărcării este integrală**, nitroglicerina** fiind agentul de elecţie, cu condiţia ca pacientul să nu fie hipotensiv. Reducerea volumului cu **diuretice** este de asemenea esenţială pentru scăderea tensiunii arteriale şi a presiunilor de umplere cardiacă . **Tehnicile neinvazive ale căilor respiratorii (de exemplu, presiunea binivel pozitivă a căilor respiratorii [BiPAP], presiunea continuă pozitivă a căilor respiratorii [CPAP])** ajută, de asemenea, la îmbunătăţirea schimbului de oxigen, reducerea activităţii respiratorii şi scăderea preîncărcării şi postsarcinii ventriculare stângi prin creşterea presiunii intratoracice la pacienţii cu APE compromisi, dar nu agonali.

(a) Este important să abordăm mai întâi ABC-urile. Dacă se crede că infecţia este cauza, atunci obţinerea unui CBC, hemoculturi şi începerea antibioticelor ar trebui efectuate după stabilizare. **(b)** O radiografie toracică este valoroasă, dar stabilizarea iniţială are prioritate. **(c)** Oxigenul prin canula nazală nu este suficient pentru acest pacient care este hipoxic şi tahipneic. Dacă sunteţi suspicios că SCA provoacă exacerbarea ICC, atunci trebuie administrată aspirină . **(e)** În acest moment, pacientul nu necesită control invaziv al căilor respiratorii. Dacă medicamentele şi tehnicile neinvazive eşuează şi hipoxia pacientului se agravează, atunci poate fi necesară intubarea endotraheală.

27. **Răspunsul este e.** *(Rosen, p 1096.)* **Torsades de pointes** („răsucirea punctelor") este o variantă neobişnuită, care pune viaţa în pericol, a tahicardia ventriculară

(VT). Frecvenţa ventriculară poate varia de la 150 la 250 de bătăi pe minut. Poate apărea secundar medicamentelor care prelungesc intervalul QT, cum ar fi unele antipsihotice. De asemenea, este cauzată de tulburări electrolitice şi de sindromul QT prelungit congenital. Această formă congenitală se prezintă în mod obişnuit în copilărie sau la vârsta adultă timpurie şi este precipitată de excesul de catecolamine, cum ar fi eliberat în timpul exerciţiilor fizice sau odată cu administrarea anumitor medicamente.

(a) Fibrilaţia ventriculară este o activitate electrică dezorganizată care nu provoacă o contracţie eficientă a ventriculilor. Un puls sau BP nu este niciodată prezent cu fibrilaţia ventriculară. **(b)** Fibrilaţia atrială apare atunci când există o activitate atrială dezorganizată care duce la lipsa undelor P pe un ECG. În general, complexul QRS este îngust, cu excepţia cazului în care există un tract de bypass sau bloc de ramificaţie. **(c)** Sindromul WPW este cauzat de o cale electrică accesorie (mănunchi de Kent) între atrii şi ventriculi, care predispune individul la tahicardii de reintrare. **(d)** Tahicardiile supraventriculare apar secundar unui circuit de reintrare. Pacienţii prezintă de obicei o tahicardie complexă îngustă pe ECG.

28. **Răspunsul este c.** *(Tintinalli, pp. 386-391.)* Factorii de risc pentru tromboembolismul venos au fost descrişi pentru prima dată de triada Virchow: **hipercoagulabilitatea, staza şi leziunea endotelială.** Hipercoagulabilitatea poate fi clasificată în general în malignitate sau non-malignitate. Afecţiunile maligne ale adenocarcinomului primar sau malignitatea cerebrală sunt cele mai susceptibile de a provoca tromboză. Unele cauze ale trombozei nemaligne sunt utilizarea de estrogen, sarcina , sindroamele antifosfolipide, mutaţia factorului V Leiden şi deficienţa proteinei C şi S. Imobilitatea, cum ar fi paralizia, bolile debilitante sau intervenţiile chirurgicale sau traumatismele recente pun, de asemenea, pacienţii în pericol.

29. **Răspunsul este e.** *(Rosen, p 1155.)* Triada **clasică a stenozei aortice este dispneea, durerea toracică şi sincopa de efort.** Sincopa este rezultatul fie al perfuziei cerebrale inadecvate, fie al unor disritmii ocazionale. Constatarea auscultorie clasică este un **suflu de ejecţie sistolic aspru** care se aude cel mai bine în al doilea spaţiu intercostal drept cu radiaţii către arterele carotide. Sincopa în cadrul unui nou suflu sistolic ar trebui să ridice întotdeauna suspiciunea de stenoză aortică ca etiologie. ECG relevă de obicei **hipertrofie ventriculară stângă.**

(a) Asistolia denotă lipsa activităţii electrice a inimii. De obicei, persoanele fizice nu se recuperează după un stop cardiac asistolic. **(b) Sindromul** Brugada este cauzat de o trăsătură autosomal dominantă care are ca rezultat pierderea totală a funcţiei canalului de sodiu cardiac sau accelerarea recuperării după activarea canalului de sodiu. Ea duce la sincopă şi poate provoca moartea subită

în car diac secundar unei tahicardii ventriculare polimorfe. Este asociată cu un model ECG distinct de supradenivelare a segmentului ST în jos în derivaţiile V_1 până la V_3 cu un model de bloc de ram drept. **(c) Sindromul de furt** subclavian este o cauză rară, dar importantă a sincopei. Sindromul rezultă din ocluzia arterei subclaviei proximale şi dezvoltarea fluxului retrograd către artera subclavie din artera vertebrală. **(d)** O EP care provoacă sincopă determină de obicei individul să aibă semne vitale instabile secundare obstrucţiei unui vas major.

30. **Răspunsul este c.** *(Tintinalli, pp. 333-342.)* Prezentarea pacientului este îngrijorătoare pentru o cauză cardiacă a durerii în piept. Durerea toracică care iradiază către braţul stâng, care este asociată cu dificultăţi de respiraţie, este o prezentare clasică a SCA. La sosirea la UR, pacientul trebuie aşezat pe un monitor, să primească oxigen prin canulă nazală, să i se plaseze un IV şi să fie trimis sânge la laborator şi să se efectueze un ECG. Orice anomalie în semnele sale vitale ar trebui, de asemenea, abordată. Markerii cardiaci serici sunt utili în detectarea IM. Troponina T şi I apar în ser în decurs de 6 ore de la debutul simptomelor şi rămân crescute timp de 1 până la 2 săptămâni. **Troponina I** este **cel mai specific car diac marker** disponibil (aproape 100%) şi **atinge vârfuri între 12 şi 18 ore.**

Totuşi, dispoziţia pacienţilor cu suspiciune de sindrom coronarian acut trebuie să se bazeze pe examenul clinic şi nu pe enzimele cardiace. Determinarea iniţială a acestor markeri are o sensibilitate scăzută pentru detectarea ischemiei şi nu poate fi utilizată pentru a diagnostica în mod fiabil sau a exclude prezenţa unui SCA.

ECG este cel mai important test de diagnostic pentru evaluarea pacienţilor cu suspiciune de SCA. Cu toate acestea, ECG iniţial este diagnostic la doar 25% până la 50% dintre pacienţii care prezintă un IM acut. Prin urmare, un ECG normal **(a)** la prezentare nu este suficient pentru a exclude un IM acut. Detectarea markerilor cardiaci necesită ca a avut loc o afectare suficientă a celulelor miocardice şi să fi trecut suficient timp pentru ca aceşti markeri să fie eliberaţi în ser şi ulterior detectaţi. Un set de enzime cardiace **(b)** este de obicei insuficient pentru a exclude diagnosticul de IM acut. Este bine cunoscut faptul că ameliorarea simptomelor după administrarea de antiacide sau nitroglicerină **(d)** nu exclude SCA. Disconfortul epigastric, indigestia sau greaţa şi vărsăturile **(e)** pot fi singura plângere la pacienţi, în special la femei, vârstnici şi diabetici cu SCA. În plus, pacienţii cu un IM de perete inferior se prezintă adesea în acest mod.

31. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp 1042-1044.)* **Aspirina** este un agent antiagregant plachetar care ar trebui administrat precoce la toţi pacienţii suspectaţi de SCA,

cu excepţia cazului în care există o contraindicaţie. Studiul ISIS-2 oferă cele mai puternice dovezi că aspirina **reduce în mod independent mortalitatea** pacienţilor cu IM acut.

(a) Nitroglicerina oferă beneficii pacienţilor cu SCA prin reducerea preîncărcării şi dilatarea arterelor coronare. Cu toate acestea, nu există niciun - beneficiu de mortalitate cu utilizarea acestuia. **(c)** Heparina nefracţionată acţionează indirect pentru a inhiba throm bin, prevenind conversia fibrinogenului în fibrină. Astfel, inhibă propagarea cheagurilor. Heparina nu s-a dovedit a avea un beneficiu pentru mortalitate. **(d)** Sa demonstrat că utilizarea de rutină a lidocainei ca profilaxie pentru aritmiile ventriculare la pacienţii care au suferit un IM acut creşte ratele mortalităţii.
(e) Utilizarea CCB în situaţia acută a intrat în discuţie, unele studii arătând efecte adverse crescute.

32. Răspunsul este c. *(Rosen, pp 1138-1139.)* Pacientul are **miocardită.** Enterovirusurile **,** în special **coxsackievirus B,** predomină ca agenţi cauzali în Statele Unite. Virusul Coxsackie B provoacă de obicei infecţie în timpul lunilor de vară. Alte cauze ale miocarditei includ adenovirusul, gripa, HIV, *Mycoplasma, Trypanosoma cruzi* şi abuzul de steroizi. **Plângeri asemănătoare gripei,** cum ar fi oboseala, mialgiile, greaţa, vărsăturile, diareea şi febra, sunt de obicei cele mai precoce simptome şi semne ale miocarditei. **Tahicardia este frecventă şi poate fi disproporţionată cu temperatura pacientului (adică, HR mai rapid decât se aştepta).** Acesta poate fi singurul indiciu că există ceva mai grav decât o simplă boală virală. Aproximativ 12% dintre pacienţi se plâng şi de dureri în piept. Enzimele cardiace pot fi crescute, iar CBC şi rata de sedimentare a eritrocitelor (ESR) sunt nespecifice.

(a) *Streptococcus viridans* este o cauză comună a endocarditei bacteriene acute , o infecţie a unei valve cardiace. **(b)** *Staphylococcus aureus* nu este cunoscut pentru a provoca miocardită. **(d)** Miocardita poate arăta ca un IM acut, deoarece pacienţii cu oricare dintre acestea pot avea dureri toracice severe, modificări ECG, enzime cardiace crescute şi insuficienţă cardiacă. Pacienţii cu miocardită sunt de obicei tineri şi au puţini factori de risc pentru CAD. **(e)** Consumul de cocaină poate provoca dureri în piept şi tahicardie. Nu duce la simptome asemănătoare gripei.

33. Răspunsul este b. *(Selwyn, 2005.)* Prezentarea clinică a pacientului este în concordanţă cu **Prinzmetal sau angina variantă.** Această afecţiune este cauzată de **vasospasmul arterei coronare focale.** Apare **în repaus** şi prezintă un **model circadian,** majoritatea episoadelor având loc la primele ore ale dimineţii. Durerea este de obicei severă. Distingerea anginei instabile asociate cu ateroscleroza coronariană de angina variantă poate fi dificilă şi necesită investigaţii speciale, inclusiv angiografia coronariană. Pacienţii pot prezenta, de asemenea, creşteri ST

pe ECG. Nitraţii şi CCB sunt pilonii terapiei medicale pentru varianta de angină pectorală. Nitroglicerina tratează eficient episoadele de angină pectorală şi ischemia miocardică în câteva minute de la administrare, iar preparatele cu nitraţi cu acţiune prelungită reduc frecvenţa evenimentelor recurente. CCB previne eficient vasospasmul coronarian şi angina pectorală variantă şi trebuie administrate în locul blocantelor Ș .

(a) Aspirina este un agent antiplachetar care ajută la reducerea progresiei formării plăcii în arterele coronare. Aspirina nu va trata vasospasmul care este responsabil pentru varianta de angina pectorală. **(c)** Ș -Blocantele pot fi benefice la pacienţii cu stenoză de arteră coronară fixă şi angină de efort. Cu toate acestea , pentru varianta de angină pectorală, blocantele Ș neselective pot fi dăunătoare la unii pacienţi, deoarece blocarea receptorilor Ș , care mediază vasodilataţia, permite să apară vasoconstricţie coronariană mediată de receptorii Ș fără opoziție , cauzând astfel posibil o agravare reală a simptomelor **(d) Blocanţii** H2 sunt utilizaţi pentru a trata simptomele de reflux acid. **(e)** Etiologia simptomelor pacientului nu va fi ameliorată de un antidepresiv.

34. **Răspunsul este b.** *(Zareba, 2005.)* Sindromul QT lung (LQTS) este o tulburare congenitală caracterizată printr-o prelungire a intervalului QT pe ECG şi o predispoziţie la tahidiritmii ventriculare, care poate duce la sindrom , stop cardiac sau moarte subită la indivizi altfel sănătoşi. Intervalul QT pe ECG, măsurat de la începutul complexului QRS până la sfârşitul undei T, reprezintă durata de activare şi recuperare a miocardului ventricular. În general, valorile QTc corectate ale HR peste 440 msec sunt considerate anormale. LQTS a fost recunoscut ca sindromul Romano-Ward (adică, apariţia familială cu moştenire autosomal dominantă, prelungirea QT şi tahidiritmii ventriculare) sau sindromul Jervell şi Lang-Nielsen (adică, apariţia familială cu moştenire autosomal recesivă, surditate congenitală şi prelungirea aritmiei QT). Pacienţii cu LQTS sunt de obicei diagnosticaţi după ce a apărut deja un eveniment cardiac (de exemplu, sincopă, stop cardiac). În unele situaţii, LQTS este diagnosticat după moartea subită a membrilor familiei. Unii indivizi sunt diagnosticaţi cu LQTS pe baza unui ECG care arată prelungirea intervalului QT. Ș -Blocantele sunt medicamente de elecţie pentru pacienţii cu LQTS. Efectul protector al Ș -blocantelor este legat de blocarea lor adrenergică diminuând riscul de aritmii cardiace. Implantarea cardioverter-defibrilatoare pare a fi cea mai eficientă terapie pentru pacienţii cu risc ridicat.

(a) Sindromul WPW este caracterizat printr-un interval PR scurtat (< 120 msec), o cursă în sus a complexului QRS (undă delta) şi un complex QRS larg (> 120 msec). Este cauzată de o cale accesorie (un pachet de Kent) care predispune indivizii la tahidisritmii. **(c)** **Sindromul** LGL este clasificat ca un sindrom de preexcitaţie (similar cu WPW) în care este prezent un tract de bypass. LGL este

caracterizat de un individ care este predispus la tahidiritmii şi are un interval PR mai mic de 120 msec. Spre deosebire de WPW, complexul QRS este normal (fără undă delta). **(d)** Blocul cardiac complet este caracterizat prin lipsa conducerii tuturor impulsurilor atriale, rezultând o disociere AV completă electrică şi mecanică. **(e)** Flutterul atrial se distinge printr-un model cu dinţi de ferăstrău văzut pe ECG. Este de obicei un ritm de tranziţie între ritmul sinusal şi fibrilaţia atrială.

35. **Răspunsul este d.** *(Tintinalli, pp. 136-138.)* Defibrilatoarele automate implantabile cardiovertoare (AICD) sunt plasate la pacienţii care prezintă un risc ridicat de aritmii fatale (de exemplu, tahicardie şi fibrilaţie ventriculară) şi moarte subită. La aceşti pacienţi, AICD scad riscul de moarte subită de la aproximativ 40% pe an la mai puţin de 2% pe an. Ocazional, poate deveni necesară dezactivarea temporară a AICD, ca în cazul şocului neadecvat în stabilirea unui ritm stabil (cum ar fi văzut cu pacientul în cauză). Pacientul din acest scenariu primeşte un şoc în timp ce este în ritm sinusal. Unele cauze potenţiale ale administrării inadecvate ale şocului includ detectarea falsă a tahicardiilor supraventriculare, activitatea musculară (de exemplu, frison), detectarea undelor T ca complexe QRS, tahidiritmii nesusţinute şi insuficienţa componentelor. AICD-urile sunt în general inactivate prin **plasarea unui magnet peste generatorul AICD.** Deşi există o oarecare variabilitate în funcţie de generarea AICD, majoritatea ED-urilor au un magnet special pentru gogoşi care este rezervat acestei funcţii. Dacă pacientul se confruntă ulterior cu o aritmie în situaţia în care defibrilatorul său este oprit, medicul trebuie să folosească defibrilatorul de lângă pat pentru a trata pacientul.

Trimiterea pacientului înapoi la sala de radiologie **(a)** nu va opri temporar AICD. Cu toate acestea, radiografiile sunt importante în detectarea fracturilor de plumb AICD. Majoritatea pacienţilor poartă un card de producător şi deseori este posibil să contactaţi compania AICD. Cu toate acestea, nu este oportun să aşteptaţi ca un reprezentant **(b)** să sosească la spital pentru a dezactiva AICD. **(c)** Pacientul va cere ca AICD să fie interogat pentru a confirma că nu avea un ritm şocabil. Fie un cardiolog, fie un reprezentant al companiei are capacitatea de a face acest lucru. Cu toate acestea, nu este sfătuit să lăsaţi AICD să livreze pacientului şocuri în mod necorespunzător în timp ce administraţi medicamente pentru durere. AICD nu trebuie îndepărtat **(e)** de pe peretele toracic în sala de urgenţă. Dacă această procedură este necesară (dacă dispozitivul a fost o sursă de infecţie), aceasta trebuie efectuată de un chirurg cardiotoracic în sala de operaţie.

36. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp 1154-1155.)* Prezentarea pacientului este în concordanţă cu **insuficienţa valvei mitrale acute** din cauza unei **rupturi de muşchi**

papilar în cadrul unui IAM. Pacienţii prezintă de obicei **edem pulmonar în cadrul unui IAM.** Radiografia toracică evidenţiază în mod caracteristic edem pulmonar cu o dimensiune normală a inimii. Murmurul caracteristic al insuficienţei mitrale este un **suflu holosistolic care este cel mai puternic la vârf.**

(a) Stenoza aortică critică produce un suflu sistolic puternic care se aude cel mai bine în al doilea spaţiu intercostal drept şi iradiază către carotide.

(c) Constatarea clasică a unui revărsat pericardic este frecarea pericardică.

(d) ICC nu provoacă un suflu, ci mai degrabă un zgomot cardiac suplimentar (S_3) din cauza supraîncărcării cu lichide. **(e)** Disecţia aortică este asociată cu un suflu de insuficienţă aortică.

37. Răspunsul este e. *(Roberts and Hedges, pp. 283-285.)* ECG-ul pacientului dezvăluie **bloc cardiac complet de gradul trei.** Este o tulburare a sistemului de conducere cardiacă, unde nu există conducere prin nodul AV. Acest lucru poate apărea secundar IM, intoxicaţie cu medicamente, infecţie sau boli infiltrative. Pe ECG blocul cardiac complet este reprezentat de complexele QRS conduse în ritm propriu şi independent de undele P. Persoanele cu bloc cardiac complet de gradul II de tip II sau de gradul trei sunt considerate instabili. Pe ele trebuie aşezate **dispozitive de stimulare externe** , urmate de un stimulator transvenos dacă TA este instabilă. Ei pot necesita un stimulator cardiac permanent pentru blocul cardiac complet ireversibil.

(a) În mod clar, acest pacient are un ritm instabil şi nu ar trebui să fie externat acasă. **(b)** Pacientul trebuie să primească aspirină şi să aibă biomarkeri cardiaci obţinuţi, cu toate acestea, ABC-urile trebuie urmărite şi ritmul pacientului este instabil în prezent. **(c)** Plasarea magnetului peste stimulatorul cardiac dezactivează funcţia de detectare a stimulatorului cardiac şi converteşte temporar stimulatorul cardiac din modul cerere într-un mod cu frecvenţă fixă la o rată de obicei de 70. Aceasta evaluează dacă funcţia de stimulare este intactă şi stimulul de stimulare poate capta miocardul. Nu există dovezi în istoricul medical al acestei paciente că ar avea un stimulator cardiac. **(d)** Monitorizarea Holter şi ecocardiograma sunt utilizate în general pentru a monitoriza continuu ritmul şi funcţia cardiacă a pacientului. Acest pacient va fi probabil supus unei evaluări a ritmului şi a funcţiei ca pacient internat.

38. Răspunsul este d. *(Burnette, 2006.)* Adesea tinerilor le este frică să dezvăluie un istoric de consum de droguri. Se ştie că **cocaina provoacă infarct miocardic acut la persoanele tinere,** altfel sănătoase. Pacienţii cu IM legat de cocaină prezintă adesea leziuni aterosclerotice fixe. Deşi aceste leziuni pot avea în sine semnificaţie clinică, creşterile pulsului şi TA induse de cocaină cresc activitatea miocardică. Cerinţele metabolice suplimentare care rezultă pot transforma o obstrucţie asimptomatică într-una cu semnificaţie clinică. Consumul de cocaină

combinat cu consumul de etanol produce cocaetilenă, un produs secundar cu acțiune mai lungă și mai toxic.

(a) Deși fumatul este un factor de risc major pentru CAD, acest individ nu ar dezvolta suficientă placă după numai 3 luni. Pacientul nu are alți factori de risc cardiac. Se expune un risc mult mai mare dacă continuă să fumeze țigări. **(b)** Dacă bunicul sau tatăl său a avut un atac de cord la vârsta de 40 de ani sau mai puțin, ar exista îngrijorare cu privire la istoricul familiei sale. Un atac de cord la un membru al familiei înrudit la vârsta de 80 de ani nu este un factor de risc. **(c)** Biomarkerii cardiaci ai pacientului sunt, de asemenea, pozitivi și în concordanță cu ECG. **(e)** Consumul de alcool la această vârstă nu va duce la un IM acut.

39. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli, pp. 378-81.)* Pacientul are **cardiomiopatie hipertrofică,** care se caracterizează prin hipertrofie ventriculară stângă fără dilatare ventriculară asociată. Hipertrofia este de obicei asimetrică, implicând septul într-o măsură mai mare decât peretele liber. Pacienții prezintă un risc crescut de aritmii și moarte subită. Sincopa este de obicei legată de efort și este cauzată de o aritmie sau de o scădere bruscă a debitului cardiac. Suflu asociat cu cardiomiopatia hipertrofică este un suflu proeminent **de ejecție sistolic** auzit de-a lungul marginii sternului stâng și la vârf cu radiații la axilă. Suflul este rezultatul obstrucției fluxului VS și al insuficienței mitrale. Este **crescută** cu manevrele care scad volumul telediastolic al ventriculului stâng, cum ar fi manevra Valsalva, ridicarea bruscă în picioare și exercițiile fizice.

(a) Manevra Valsalva va reduce durata tuturor celorlalte murmure, cu excepția prolapsului valvei mitrale și a cardiomiopatiei hipertrofice. **(c, d și e)** sunt incorecte așa cum este descris în explicația de mai sus.

40. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp 1135-1136.)* Pacienta prezintă un **revărsat pericardic** probabil secundar cancerului mamar metastatic. Revărsatul pericardic este adesea asimptomatic, dar cu acumularea de lichid poate provoca dureri în piept, dificultăți de respirație, tuse și febră. În cele din urmă, poate duce la tamponada cardiacă, care se dezvoltă la până la 10% dintre toți pacienții cu cancer. ECG-ul arată în mod clasic **complexe de joasă tensiune** și, rar, **alternative electrice.** Tratamentul efuziunii pericardice netraumatice și tamponadei este pericardiocenteză pentru îndepărtarea lichidului.

(b) Tensiunea crescută pe un ECG reprezintă de obicei hipertrofie ventriculară. **(c)** Depresia ST este observată în ischemia cardiacă și modificări reciproce în MI acut. **(d)** Denivelarea ST este observată în IM acut, pericardită și repolarizare precoce. **(e)** Inversarea undei T este observată în ischemia cardiacă.

41. **Răspunsul este a.** *(Tintinalli, pp. 386-391.)* În absența unei contraindicații și a unei probabilități pretest care depășește 50%, **ar trebui administrată terapia**

empirică cu heparină. Pacientul are o probabilitate mare înainte de testare pentru un EP cu următoarele caracteristici sugestive: malignitate, tahicardie, tahipnee, suspiciune de TVP, durere toracică pleuritică şi dispnee. Deşi heparina nu are efect fibrinolitic intrinsec, ea are un efect imediat asupra inhibării trombinei, **prevenind astfel extinderea PE.**

(b) Tromboliticele sunt rezervate pacienţilor care sunt instabili hemodinamic. **(c, d şi e)** Oricare dintre aceste studii de diagnostic ar trebui efectuate pentru a confirma diagnosticul de PE. Deoarece poate trece un timp semnificativ până la efectuarea studiului şi există riscul ca cheagul să se propagă, trebuie iniţiată terapia anticoagulant.

42. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp 1092-1096.)* Acest pacient are o **tahicardie ventriculară** definită de un **complex QRS mai mare de 120 ms** şi o **frecvenţă mai mare de 100 de bătăi pe minut.** Tahicardia ventriculară este rezultatul unei aritmii care are originea în interiorul sau sub terminaţia fasciculului His. Majoritatea pacienţilor cu tahicardie ventriculară au o boală cardiacă subiacentă. Tratamentul începe cu evaluarea dacă pacientul este stabil sau nu. Dacă pacientul prezintă semne de instabilitate, cum ar fi hipotensiune arterială sau stare mentală alterată , atunci trebuie efectuată cardioversia. Cu toate acestea, dacă pacientul este stabil , se pot administra medicamente pentru a trata disritmia. **Amiodarona,** un antidisritmic de clasa III care are caracteristici farmacologice ale tuturor celor patru clase, este considerat un agent de primă linie în tratarea aritmiilor ventriculare.

(a) Digoxina, o glicozidă cardiacă, are efecte inotrope pozitive asupra inimii şi încetineşte conducerea prin nodul AV. Nu trebuie utilizat pentru a trata aritmiile ventriculare. **(b)** Diltiazem, un CCB, acţionează asupra nodului AV pentru a încetini conducerea cardiacă şi nu va trata tahicardia ventriculară. În plus , poate duce la hipotensiune arterială la pacienţii cu tahicardie ventriculară secundară efectelor sale dilatative periferice. **(d)** Adenozina, un agent de blocare a ganglionilor AV cu acţiune ultrascurtă, este utilizată în mod obişnuit pentru a trata cardiile tahice supraventriculare. **(e)** Bretylium nu mai este disponibil în Statele Unite, deoarece are un profil de siguranţă slab.

43. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp 1011-1015.)* Pacientul prezintă angină instabilă, care este definită ca angină cu debut nou, angină care apare în repaus care durează mai mult de 20 de minute sau angină care se abate de la tiparul normal al pacientului. Angina instabilă este considerată precursorul unui IM acut şi, prin urmare, trebuie evaluată şi tratată agresiv. Angina instabilă este unul dintre cele trei diagnostice care alcătuiesc SCA, celelalte două fiind angina stabilă şi IM acut (denivelare ST sau non-ST). Pacienţii pot fi lipsiţi de durere şi au biomarkeri

cardiaci negativi cu angină instabilă. În general, angina instabilă este tratată cu oxigen, aspirină, clopidogrel, heparină cu greutate moleculară mică sau nefracționată și stratificarea în continuare a riscului în spital.

(a) Varianta sau angina Prinzmetal este cauzată de vasospasmul arterei coronare în repaus, cu o boală coronariană minimă. Uneori este ameliorat prin exerciții fizice sau nitroglicerină. Se tratează în general cu CCB. Pacienții cu angină Prinzmetal pot avea creșteri ale ST pe ECG care nu se pot distinge de un IM acut. **(b)** Angina pectorală stabilă este descrisă ca disconfort toracic episodic tranzitoriu rezultat din ischemia miocardică. Disconfortul este de obicei previzibil și reproductibil, cu frecvența atacurilor constantă în timp. Disconfortul este considerat a fi cauzat de plăcile aterosclerotice fixe, stenotice, care îngustează lumenul unui vas de sânge și reduc fluxul sanguin coronarian **(d și e)** . IM fără supradenivelare ST (NSTEMI) și IM cu supradenivelare ST (STEMI) rezultă din necroza miocardică cu eliberare de biomarkeri cardiaci (de exemplu, troponina).

44. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli, p. 194.)* Banda de ritm prezintă **bloc AV de gradul II de tip II sau Mobitz de tip II.** Mobitz II prezintă un interval PR prelungit (PR > 0,2 secunde) și bătăi reduse aleatoriu (adică, undă P fără complex QRS). Intervalele PR sunt întotdeauna de aceeași durată. Blocul este sub nivelul nodului AV, în general sistemul His-Purkinje. Acest bloc cardiac reflectă o patologie cardiacă gravă și poate fi observat cu un IM perete anterior, ceea ce este cazul acestui pacient.

Mobitz tip I **(a)** (numit și fenomen Wenckebach) arată prelungirea progresivă a intervalului PR cu fiecare bătaie până când conducerea AV este pierdută, provocând o scădere a bătăii. Blocul AV de gradul I **(c)** se prezintă cu un interval PR prelungit (PR > 0,2 secunde) fără pierderea conducerii AV. Acest bloc este asimptomatic. Flutterul atrial **(d)** este o tahidisritmie cu bătaie atrială rapidă și bloc AV variabil. Are o apariție caracteristică „dinților de ferăstrău" - odată cu undele de flutter atriale. Bradicardia sinusală **(e)** este similară cu ritmul sinusal, cu excepția faptului că rata este mai mică de 60 și, în general, mai mare de 45. Există mai multe etiologii ale bradicardiei sinusale; unele sunt normale (de exemplu, persoană tânără, sportiv bine antrenat) iar altele patologice (de exemplu, supradozaj cu blocant Ș , ischemie cardiacă).

45. **Răspunsul este e.** *(Tintinalli, p. 194.)* Rezultatele benzilor de ritm sunt în - concordanță cu **blocul AV de gradul trei,** numit și **bloc cardiac complet.** Se caracterizează prin absența conducerii prin nodul AV, ducând la disocierea ritmurilor atriale și ventriculare. ECG arată unde P independente și complexe QRS. Mobitz tip II progresează adesea către blocul cardiac de gradul trei, așa cum se vede în acest caz. Pasul imediat în gestionarea blocului cardiac complet este aplicarea unui **stimulator cardiac transcutanat** pentru stimularea ventricul-ulară

ca măsură de temporizare. Cu toate acestea, pacienţii au nevoie de **stimulatoare cardiace ventriculare implantabile** pentru managementul definitiv. În plus, cauza de bază a blocajului trebuie abordată.

Consultarea cardiologiei **(a)** este o alegere bună, deoarece vor implanta un stimulator cardiac permanent și vor gestiona orice boală cardiacă subiacentă. Cu toate acestea, pacientul trebuie mai întâi stabilizat. Cardioversia **(b)** este utilizată pentru a trata pacienţii instabili cu aritmii reintrante, cum ar fi fibrilaţia atrială. Nu este de ajutor într-un cadru de anomalie de conducere, cum ar fi blocul cardiac. Meto prololul **(c),** un blocant Ș , este contraindicat în blocul cardiac complet. Acest agent prelungește conducerea nodale AV. **(d)** Amiodarona este un antidisritmic utilizat la pacienţii cu tahicardie cu complex larg sau fibrilaţie atrială.

Respirația scurtă

Întrebări

46. O femeie în vârstă de 55 de ani, cu antecedente medicale de diabet zaharat, intră în departamentul de urgență (ED) declarând că limba și buzele îi simt ca și cum ar fi umflate. În timpul istoriei, ea vă spune că medicul ei tocmai i-a început să ia un nou medicament pentru tensiunea arterială (TA). Singurul ei alt medicament este o aspirina pentru copii. Elementele vitale ale ei la triaj sunt: TA 130/70 mm Hg, frecvența cardiacă (HR) 85 bătăi pe minut, frecvența respiratorie (RR) 16 respirații pe minut, saturația de oxigen 99% în aerul camerei și temperatura 98,7 ° F. La examenul fizic, detectezi umflarea ușoară a buzelor și a limbii. În următoarea oră, observi că nu numai că limba și buzele ei devin mai umflate, dar și fața ei începe să se umfle. Care este cel mai probabil agent de incitare?

a. Metoprolol
b. Furosemid
c. Aspirină
d. Lisinopril
e. Diltiazem

47. O femeie de 45 de ani se prezinta la Urgenta imediat dupa aterizarea pe aeroport dintr-un zbor transatlantic. Ea afirmă că la câteva momente după aterizare a simţit lipsă de aer şi a simţit durere în piept când a inspirat adânc. Singurele ei medicamente sunt contraceptivele orale şi levothy roxine. Este o băutoare socială şi fumează ocazional ţigări. TA este de 130/75 mm Hg, HR este de 98 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,9 ° F, RR este de 20 de respiraţii pe minut şi saturaţia de oxigen este de 97% în aerul camerei. O trimiţi pentru o ecografie duplex a picioarelor, care este pozitivă pentru tromboză venoasă profundă. Care este cel mai potrivit management pentru acest pacient?

a. Aşezaţi pacientul pe un monitor, furnizaţi oxigen suplimentar şi administraţi heparină nefracţionată.
b. Aşezaţi pacientul pe un monitor, comandaţi o tomografie computerizată toracică (CT) pentru a confirma o embolie pulmonară (EP) şi apoi administraţi heparină nefracţionată.
c. Aşezaţi pacientul pe un monitor şi administraţi aspirină.
d. Instruiţi pacienta să meargă în jurul SU, astfel încât să rămână mobilă şi să nu exacerbeze formarea de tromb.
e. Aşezaţi pacientul pe un monitor, furnizaţi oxigen suplimentar şi administraţi warfarină.

48. O femeie fără domiciliu în vârstă de 54 de ani se prezintă la urgenţă cu tuse severă, stare generală de rău şi febră subiectivă în ultima săptămână. Ea descrie, de asemenea, tusea cu „ficat de pui" în acest timp şi raportează că simptomele ei se înrăutăţesc progresiv. Elementele vitale iniţiale includ o HR de 100 de bătăi pe minut, o TA de 145/66 mm Hg, o temperatură de 99,9 ° F şi o RR de 16 respiraţii pe minut cu o saturaţie de oxigen de 95% în aerul camerei. Ea afirmă că are antecedente de abuz de alcool, dar neagă că a luat medicamente sau droguri ilicite. O radiografie toracică arată o pneumonie lobară . Având în vedere prezentarea clinică a acestui pacient, care dintre următoarele este acest pacient cu cel mai mare risc de a contracta?

a. *Streptococcus pneumoniae*
b. *Klebsiella pneumoniae*
c. *Mycoplasma pneumoniae*
d. *Legionella pneumophila*
e. *Haemophilus influenzae*

49. Un tânăr de 18 ani, înalt și slab, se prezintă la urgență cu debut acut de dispnee în repaus. Pacientul relatează că a stat la birou când a simțit o durere ascuțită în partea dreaptă a pieptului, care sa agravat odată cu inspirația. Antecedentele sale medicale sunt semnificative pentru boala ulcerului peptic. El raportează că a făcut o călătorie de 2 ore cu avionul în urmă cu o lună. Elementele vitale inițiale includ o HR de 100 de bătăi pe minut, o TA de 120/60 mm Hg, un RR de 16 respirații pe minut și o saturație de oxigen de 97% în aerul camerei. La examenul fizic, observați scăderea sunetelor respiratorii pe partea dreaptă. Care dintre următoarele teste ar trebui efectuate în continuare?

a. Electrocardiograma (ECG)
b. D-dimer
c. Scanare de perfuzie de ventilație (scanare V/Q)
d. Radiografie abdominală verticală
e. Radiografie toracică

50. Un bărbat alcoolic în vârstă de 46 de ani se prezintă la urgență cu tuse, febră și frig timp de 2 zile. El își descrie sputa ca fiind de culoarea ruginii. Semnele sale vitale sunt: temperatura 101,1 ° F, HR 94, BP 125/75 mm Hg, RR 20 și puls de oxigen de 97% în aerul camerei. Auscultarea evidențiază crestături în lobul stâng-inferior. Radiografia toracică este semnificativă pentru un infiltrat lobar stâng-inferior. Care dintre următoarele organisme este cea mai frecventă cauză a pneumoniei bacteriene dobândite în comunitate?

a. *Gripa Haemophilus*
b. *Streptococcus pneumoniae*
c. *Pneumonie Klebsiella*
d. Streptococi din grupa A
e. *Pseudomonas aeruginosa*

51. O femeie obeză în vârstă de 30 de ani, fără antecedente medicale semnificative, se prezintă la serviciul de urgenţă plângându-se de dificultăţi de respiraţie şi tuse cu spută striată de sânge. Pacienta afirmă că a călătorit la Moscova în urmă cu o lună. La întoarcerea în Statele Unite, pacientul a dezvoltat o tuse persistentă asociată cu dispnee. A fost văzută de un pneumolog, care i-a diagnosticat bronşită şi i-a prescris un inhalator. Cu toate acestea, în următoarele săptămâni, simptomele pacientului s-au înrăutăţit şi ea a dezvoltat dureri toracice pleuritice. În ED, ea vă anunţă că fumează jumătate de pachet pe zi. Elementele vitale includ o temperatură de 99 ° F, BP de 105/65 mm Hg, HR de 124 bătăi pe minut, RR de 22 de respiraţii pe minut şi o saturaţie de oxigen de 94% în aerul camerei. Examenul fizic este necontributiv, cu excepţia râurilor la nivelul plămânului mijlociu stâng. ECG-ul ei dezvăluie tahicardie sinusală cu unde R mari în V_1 până la V_3 şi unde T inversate. Având în vedere istoricul şi prezenta pacientului , care este etiologia cea mai probabilă a simptomelor ei?

a. *Mycoplasma pneumoniae* (pneumonie de mers)
b. Pneumonie cu febră Q
c. *cu Pneumocystis jiroveci* (PCP)
d. PE
e. Sindromul de detresă respiratorie acută (ARDS)

52. O femeie de 24 de ani este adusă la urgenţă după ce a fost găsită pe o stradă din apropiere cocoşată şi cu suferinţă respiratorie uşoară. La sosire, este tahipneică la 24 de respiraţii pe minut, cu o saturaţie de oxigen de 97% la administrarea de oxigen pe mască de faţă. La examinarea fizică, pacientul pare să fie în suferinţă uşoară cu retractii supraclaviculare. Un şuier împrăştiat se aude în câmpurile pulmonare bilaterale. Care dintre următoarele medicamente ar trebui administrat mai întâi?

a. Corticosteroizi
b. Sulfat de magneziu
c. Epinefrină
d. Tratament cu nebulizator anticolinergic
e. β_2-Tratament cu nebulizator agonist

53. O femeie în vârstă de 81 de ani se prezintă la urgenţă cu debut acut de dificultăţi de respiraţie chiar înainte de sosire. Ea refuză să răspundă la întrebările pentru interviu, dar afirmă în mod repetat că îi lipseşte respiraţia. Elementele vitale iniţiale includ o HR de 89 de bătăi pe minut, o TA de 168/76 mm Hg şi o RR de 18 respiraţii pe minut cu o saturaţie de oxigen de 89% în aerul camerei. O radiografie portabilă a pieptului pare normală. Examenul ei fizic nu este marcabil, cu excepţia unui suflu de ejecţie sistolic. Accesul intravenos (IV) este obţinut cu succes. După ce aţi plasat pacientul pe oxigen şi un monitor, care

dintre următoarele ar trebui efectuat mai întâi?
a. Evaluarea nivelului de troponina
b. Evaluarea nivelului de D-dimer
c. Temperatura rectală
d. Repetați radiografia toracică
e. ECG

54. Un bărbat în vârstă de 30 de ani este adus la urgență de către serviciul medical de urgență (EMS) în deficiență respiratorie. Elementele vitale inițiale includ o HR de 109 bătăi pe minut, o TA de 180/90 mm Hg și o RR de 20 de respirații pe minut cu o saturație de oxigen de 92% în aerul camerei. O radiografie toracică arată un proces infiltrativ difuz bilateral. Un screening toxicologic ulterior este pozitiv. Care dintre următorii agenți este cel mai probabil responsabil pentru prezentarea acestui pacient?
a. Canabis
b. Opioid
c. Cocaina crack
d. Metamfetamina
e. Etanol

55. O tanara de 26 de ani se prezinta la Urgenta cu debut acut de dispnee dupa ce a coborat cateva trepte. Pacientul neagă orice pierdere a conștienței și raportează că se simte fără respirație. Radiografia toracică inițială pare normală; cu toate acestea ea continuă să fie simptomatică cu semne vitale stabile. Care dintre următoarele proceduri ar trebui efectuate în continuare?
a. Repetați radiografia toracică în poziție verticală
b. Radiografii toracice inspiratorii și expiratorii
c. CT toracic
d. Toracostomie toracică
e. Toracotomie toracică

56. Pe măsură ce evaluezi un pacient cu dificultăți de respirație, apreciezi scăderea sunetelor respiratorii la baza plămânului stâng. Suspectați că pacientul are un mic revărsat pleural. Care dintre următoarele vederi ale toracelui este cel mai probabil ca acest mic revărsat pleural să fie detectat?
a. Culcat pe spate
b. Decubit lateral dreapta în jos
c. Decubit lateral stânga în jos
d. Lateral
e. Posterior-anterior (PA)

57. Un pompier în vârstă de 32 de ani se prezintă la Urgență în detresă

respiratorie acută. El a fost dus la urgenţă la scurt timp după ce a stins un incendiu mare într-un depozit. Elementele vitale iniţiale includ o HR de 90 de bătăi pe minut, o TA de 120/55 mm Hg şi o RR de 18 respiraţii pe minut cu o saturaţie de oxigen de 98% pe canula nazală de 2 L. Un ECG arată un bloc cardiac de gradul I. La examenul fizic , există rhonhi difuze bilateral. Pacientul este acoperit de funingine şi firele de păr din narasca îi sunt înţepate. Având în vedere această prezentare clinică, care dintre următoarele ar putea fi responsabil pentru detresa respiratorie a acestui pacient?

a. Boala reactivă a căilor respiratorii
b. Aspiraţia de corp străin
c. Boala de decompresie
d. Arsuri termice
e. Pneumotorax

58. Un bărbat în vârstă de 76 de ani se prezintă la urgenţă cu detresă respiratorie acută, trăgând cu respiraţie în timp ce poartă mască. Paramedicii afirmă că a fost găsit pe o bancă în afara apartamentului său, cu suferinţă respiratorie. Elementele vitale iniţiale includ o HR de 90 de bătăi pe minut, o TA de 170/90 mm Hg şi o RR de 33 de respiraţii pe minut cu o saturaţie de oxigen de 90%. La examinarea fizică, pacientul tuseşte cu spută roz, spumoasă, are bubuituri la două treimi din distanţă în ambele câmpuri pulmonare şi are edem cu gropi la extremităţile inferioare. O radiografie toracică evidenţiază infiltrate perihilare bilaterale, o silueta cardiacă mărită şi un mic revărsat pleural pe partea dreaptă. După obţinerea accesului IV şi plasarea pacientului pe un monitor, care dintre următoarele intervenţii medicale este cea mai potrivită?

a. Doar sulfat de morfină
b. Numai nitroglicerină
c. Nitroglicerina şi un diuretic de ansă
d. Aspirină
e. Antibiotice

59. Un bărbat în vârstă de 67 de ani este adus la urgenţă la urgenţă respiratorie. Valorile sale vitale iniţiale includ o HR de 112 bătăi pe minut, o TA de 145/88 mm Hg şi o RR de 18 respiraţii pe minut cu o saturaţie de oxigen de 92% în aerul camerei. De asemenea, este febril la 102 ° F După obţinerea accesului IV, plasarea pacientului pe un monitor şi administrarea de oxigen prin canulă nazală, se efectuează o radiografie toracică şi evidenţiază infiltrate alveolare neregulate cu consolidare în lobii inferiori. La revizuirea sistemelor, pacientul vă spune că a avut cinci până la şase mişcări intestinale apoase pe zi, în ultimele 2 zile, cu câteva accese de emeză. Care dintre următoarele etiologii infecţioase este cel mai probabil responsabilă pentru prezentarea pacientului?

a. *Streptococcus pneumoniae*
b. *Haemophilus influenzae*
c. *Mycoplasma pneumoniae*
d. *Chlamydophila pneumoniae*
e. *Legionella pneumophila*

60. Un bărbat de 58 de ani se prezintă la urgenţă cu dispnee progresivă pe parcursul a 1 săptămână. La sosire, el este capabil să vorbească în propoziţii complete şi afirmă că a încetat recent să-şi ia toate medicamentele. Valorile vitale iniţiale includ o HR de 92 de bătăi pe minut, o TA de 180/100 mm Hg şi o RR de 16 respiraţii pe minut cu o saturaţie de oxigen de 94% în aerul camerei. La examenul fizic, pacientul prezintă crestături bibazilare, distensie venoasă jugulară şi edem al pedalei. Pe care dintre următoarele scheme de medicamente a fost pacientul cel mai probabil?

a. Numai diuretic de ansă
b. Doar aspirina
c. Diuretic de ansă şi Ş -blocant
d. Blocant al canalelor de calciu
e. Diuretic de ansă, blocant Ş şi inhibitor al enzimei de conversie a angiotensinei (ECA)

61. O femeie în vârstă de 32 de ani se prezintă la urgență cu o lună în antecedente de stare generală de rău, tuse uşoară şi febră subiectivă. Ea afirmă că este pozitivă la virusul imunodeficienței umane (HIV) şi că ultimul ei număr de CD4, acum 6 luni, a fost de 220. Nu urmează terapie antiretrovială sau alte medicamente. Elementele vitale inițiale includ o HR de 88 de bătăi pe minut, o TA de 130/60 mm Hg şi o RR de 12 respirații pe minut cu o saturație de oxigen de 91% în aerul camerei. Radiografia toracică ei arată infiltrate interstițiale difuze bilaterale. Testele de laborator ulterioare sunt neremarcabile, cu excepția unui nivel crescut de lactat dehidrogenază. Având în vedere istoricul şi examenul fizic al acestei paciente, care dintre următoarele este cel mai probabil organism responsabil pentru prezentarea ei clinică?

a. *Coccidioides immitis*
b. *Mycobacterium tuberculosis*
c. *Pneumocystis jiroveci*
d. *Mycoplasma pneumoniae*
e. *Haemophilus influenzae*

62. O femeie în vârstă de 27 de ani se prezintă la urgență plângându-se de o erupție cutanată intens pruriginoasă pe tot corpul, crampe abdominale şi constricție în piept. Ea afirmă că acum 1 oră a fost la cină şi a mâncat din greşeală nişte creveți. Are o alergie anafilactică cunoscută la creveți. TA este de 115/75 mm Hg, HR este de 95 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,9 ° F, RR este de 20 de respirații pe minut şi saturația de oxigen este de 97% în aerul camerei. Ea pare anxioasă, iar pielea ei este înroşită de leziuni urticariene. Auscultarea plămânilor ei dezvăluie respirații şuierătoare împrăştiate cu scăderea pătrunderii de aer. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Se administrează oxigen prin non-rebreather, se plasează fluide IV de început IV cu orificiu mare şi se administrează metilprednisolon intravenos.
b. Administrați oxigen prin non-respirator, plasați un IV cu orificiu mare, începeți fluide IV şi administrați metilprednisolon şi difenhidramină intravenos.
c. Administrați oxigen prin non-respirator, plasați un IV cu orificiu mare, începeți fluide IV, administrați metilprednisolon şi difenhidramină intravenos şi administrați epinefrină subcutanat.
d. Administrați oxigen prin non-respirator, plasați un IV cu orificiu mare, începeți fluide IV şi începeți aerosolul de albuterol.
e. Administrați oxigen prin non-respirator, plasați un IV cu orificiu mare, începeți

fluide IV şi începeţi epinefrina aerosolizată.

63. O femeie în vârstă de 82 de ani devine extrem de scurtă de respiraţie în timp ce se află în repaus în unitatea de reabilitare. Ea este adusă în UR cu o saturaţie de oxigen de 86% în aerul camerei şi în detresă respiratorie acută. ECG iniţial ei este în limite normale şi neschimbat faţă de o examinare anterioară recentă . Radiografia ei toracică iniţială este, de asemenea, negativă. La auscultarea pieptului, există sunete respiratorii bilaterale egale cu nişte rhonhi împrăştiaţi. Asistenta ei vă spune că în urmă cu 2 zile a suferit fixarea internă a unei fracturi de femur drept şi a fost în terapie anticoagulantă. Având în vedere istoricul şi prezenta pacientului, care este etiologia cea mai probabilă a simptomelor ei?

a. Tromboembolism venos
b. Embolia aeriana
c. Embolie grasă
d. Hemoragie pulmonară
e. Fractură de coastă

64. Un bărbat de 72 de ani se prezintă la urgenţă cu dispnee care se agravează. Elementele vitale iniţiale includ o HR de 93 de bătăi pe minut, BP de 110/50 mm Hg şi RR de 20 de respiraţii pe minut cu o saturaţie de oxigen de 88% în aerul camerei. Pacientul pare slab şi anxios. El foloseşte muşchii accesorii pentru a respira. În ciuda zgomotelor de respiraţie îndepărtate, auziţi ronhii expiratori de sfârşit şi o fază expiratorie prelungită. Un ECG arată undele P cu vârf în derivaţiile II, III şi aVF Având în vedere istoricul şi examenul fizic al acestui pacient, pe care dintre următoarele afecţiuni are cel mai probabil acest pacient?

a. Bronsita cronica
b. Astm
c. Emfizem
d. Insuficienţă cardiacă congestivă (CHF)
e. Pneumotorax

65. O femeie de 71 de ani se prezinta la Urgenta dupa o cadere mecanica raportata in urma cu 2 zile. Elementele vitale inițiale includ o HR de 55 de bătăi pe minut, o TA de 110/60 mm Hg, o RR de 14 respirații pe minut și o saturație de oxigen de 96% în aerul camerei. Pacientul nu pare să respire adânc. Examenul ei fizic este semnificativ pentru scăderea sunetelor respiratorii bilaterale și sensibilitatea la palpare de-a lungul părții drepte a pieptului. După stabilizarea inițială, care dintre următoarele este testul de diagnostic de alegere pentru afecțiunea acestui pacient?

a. Radiografia toracică
b. CT toracic
c. ECG
d. Radiografii de coastă Toracenteză
e.

66. O femeie de 29 de ani se prezinta la Urgenta pentru hiperventilatie. Elementele vitale inițiale includ un RR de 28 de respirații pe minut cu o saturație de oxigen de 100% în aerul camerei. Ea este capabilă să vorbească în propoziții complete și îți spune că nu poate respira și că mâinile și picioarele îi au crampe. Ea neagă orice traumă, antecedente medicale sau consumul ilicit de droguri. Auscultarea toracică dezvăluie sunete clare ale respirației bilateral. O radiografie toracică ulterioară este normală. La reevaluare, pacienta raportează că respiră mai bine. Elementele vitale includ un RR de 12 respirații pe minut cu o saturație de oxigen de 100% în aerul camerei. Care dintre următoarele afecțiuni este cel mai probabil etiologia simptomelor acestui pacient?

a. Pneumotorax
b. Hemopneumotorax
c. Revărsat pleural
d. Atacul de anxietate
e. Exacerbarea astmului

67. Un bărbat de 42 de ani se prezintă la urgenţă prin ambulanţă după ce a activat EMS pentru dispnee. În prezent poartă o mască facială cu oxigen şi i s-a administrat un tratament nebulizat al unui agonist Ş 2 de către paramedici. Elementele sale vitale iniţiale includ un RR de 16 respiraţii pe minut cu o saturaţie de oxigen de 96% în aerul camerei. Pacientul pare să fie într-o suferinţă uşoară, cu unele retractii intercostale. La auscultaţia toracică, există respiraţii şuierătoare minime localizate peste câmpurile pulmonare inferioare bilaterale. Simptomele pacientului se rezolvă complet după încă două tratamente cu nebulizator. Care dintre următoarele medicamente, în plus faţă de un inhalator de salvare Ş 2-agonist , ar trebui prescris pentru utilizare în ambulatoriu?

a. Sulfat de magneziu
b. EpiPen
c. Corticosteroizi
d. Cromolyn sodiu
e. Ipratropiu

68. O tânără de 22 de ani este adusă la urgenţă de paramedici care declară că l-au găsit pe pacientul cocoşat pe o bancă din parc abia respiră. Pacientul este susceptibil doar la stimuli dureroşi. Elementele vitale iniţiale includ o FC de 78 de bătăi pe minut, o TA de 125/58 mm Hg şi o frecvenţă respiratorie de 6 respiraţii pe minut cu o saturaţie de oxigen de 94% pe cutia nazală de 2 L. La examinarea fizică, pacientul are sunete limpezi ale respiraţiei bilateral şi fără semne de traumă. Pupilele ei sunt bilaterale de 2 mm şi reactive la lumină. Care dintre următorii agenţi pot fi utilizaţi pentru a restabili respiraţia acestui pacient?

a. Oxigen
b. Flumazenil
c. Tratament inhalator anticolinergic
d. p 2-Tratament nebulizat cu agonist
e. Naloxonă

69. Un bărbat nedomiciliat de 43 de ani este adus la Urgență după ce a fost găsit în stare de ebrietate pe stradă. În prezent, este trezibil și își exprimă o cerere de a fi lăsat în pace. Valorile vitale inițiale includ o HR de 92 de bătăi pe minut, o TA de 125/80 mm Hg și o RR de 14 respirații pe minut cu o saturație de oxigen de 93% în aerul din cameră. Temperatura lui rectală este de 101,2 ° F. O radiografie toracică arată infiltrate care implică lobul drept-inferior. Având în vedere această prezentare clinică, ce acoperire inițială cu antibiotice este cea mai potrivită pentru acest pacient?

a. Acoperire numai Gram-negative
b. Numai acoperire gram-pozitivă
c. Spectru larg cu acoperire anaerobă
d. Acoperire PCP
e. Terapie antifungică

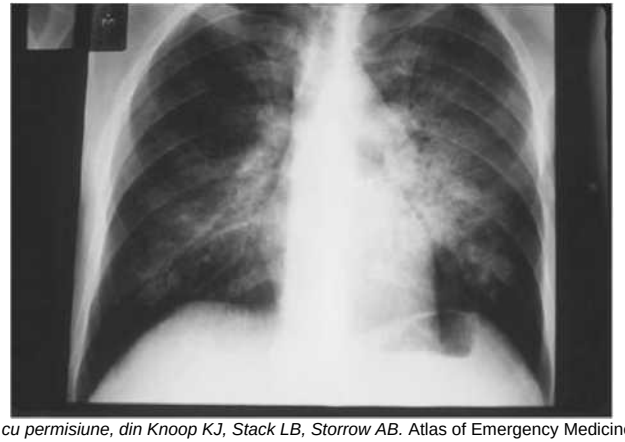
70. Un bărbat de 32 de ani este adus în UR de către EMS cu febră, dificultăți de respirație și stridor. Pacienta a fost tratată ieri la Urgențe pentru un sindrom viral. TA este de 90/50 mm Hg, HR este de 110 bătăi pe minut, temperatura este de 101,2 ° F și RR este de 28 de respirații pe minut. O radiografie toracică relevă un mediastin lărgit. Pacientul este intubat endotraheal, i se administrează un bolus de 2 L de soluție salină normală și a început să ia antibiotice. Tensiunea arterială se îmbunătățește la 110/70 mm Hg și este transferat la unitatea de terapie intensivă (UTI). Vezi un prieten care l-a însoțit pe pacient la spital și îi pui câteva întrebări. Afli că pacientul este producător de tobe și lucrează cu piei de animale. Care este cel mai probabil organismul care este responsabil de prezentarea pacientului?

a. *Streptococcus pneumoniae*
b. *Corynebacterium diphtheriae*
c. *Coxiella burnetii*
d. *Haemophilus influenzae*
e. *Bacilul antracis*

71. Un bărbat în vârstă de 62 de ani se prezintă la urgenţă cu dispnee treptată în ultimele săptămâni. El relatează că este un fumător zilnic şi nu a mai văzut un medic de ani de zile. La examinarea fizică, există o scădere a sunetelor respiratorii la dreapta faţă de stânga. O radiografie toracică indică tocirea unghiului costofrenic drept cu o linie fluidă. Se efectuează toracenteză. Având în vedere istoricul acestui pacient, care dintre următoarele descrie cel mai probabil efuzia lui?

a. Efuziune transudativă
b. Efuziune exudativă
c. Efuziune transudativă şi exudativă
d. Lactat dehidrogenază < 200 U
e. Raportul lichid-proteine din sânge < 0,5

72. Un bărbat de 40 de ani cu antecedente de HIV netratat timp de 8 ani intră în UR plângându-se de tuse, febră şi stare de rău timp de 3 zile. Este tahipneic şi diaforetic. Radiografia toracică evidenţiază infiltrate bilaterale. Analiza gazelor din sângele arterial (ABG) este semnificativă pentru o $PaO2_{de}$ 62 în aerul camerei. Radiografia toracică a acestuia este văzută mai jos. Care dintre următoarele este cel mai potrivit management iniţial?



(Reprodus, cu permisiune, din Knoop KJ, Stack LB, Storrow AB. Atlas of Emergency Medicine *. NewYork, NY:McGraw-Hill, 2002:666.)*

a. Tratamentul cu corticosteroizi înainte de terapia cu antibiotice
b. Tratament imediat cu trimetoprim/sulfametoxazol IV (TMP/SMX)
c. Se administrează antibiotice după obţinerea unei colorații Gram în spută rapidă
d. Tratament cu nebulizator
e. Epinefrină racemică

73. O femeie de 49 de ani se prezintă la urgenţă cu dificultăţi de respiraţie după

un jogging de dimineaţă. Elementele vitale iniţiale includ o HR de 60 de bătăi pe minut, o TA de 120/55 mm Hg şi o RR de 20 de respiraţii pe minut cu o saturaţie de oxigen de 94% în aerul camerei. La examinarea fizică, pacientul pare să fie într-o suferinţă uşoară cu respiraţie şuierătoare. Ea este capabilă să vorbească în propoziţii parţiale şi afirmă că ocazional foloseşte un inhalator. Având în vedere istoricul şi examenul fizic al acestui pacient, care dintre următoarele măsuri ar trebui luate în continuare?

a. Debitul expirator maxim
b. Radiografie toracică
c. Ș -Nivelul peptidei natriuretice
d. Temperatura rectală
e. ABG

Respirația scurtă

Răspunsuri

46. **Răspunsul este d.** *(Mycek şi colab., p. 187.)* Pacientul are **angioedem** , un efect secundar rar, dar semnificativ al **inhibitorilor enzimei de conversie a angiotensinei (ACE-I)** . Acest tip de angioedem este de obicei limitat la **buze, limbă şi faţă** . Dacă structurile faringiene sau laringiene devin implicate sau există o umflare semnificativă a limbii, pacientul poate începe să-şi **compromită căile respiratorii** şi trebuie efectuată intubaţie emergentă sau cricotiroidotomie chirurgicală. Angioedemul indus de ACE-I poate apărea după utilizarea pe termen scurt sau lung a medicamentului. Niciunul dintre celelalte medicamente enumerate nu provoacă angioedem. Medicamentul trebuie întrerupt imediat.

47. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp 1226-1228.)* Pacientul are o tromboză venoasă confirmată şi are simptome în concordanţă cu o tromboembolie pulmonară. Datele arată acum că aproape fiecare tromboză venoasă profundă (TVP) embolizează într-o oarecare măsură. Prezenţa unui PE la acest pacient poate fi presupusă printr-o TVP confirmată cu simptome pulmonare. Toţi pacienţii trebuie să fie pe un monitor şi ar trebui să primească oxigen suplimentar în ciuda saturatiei normale de oxigen. Oxigenul acţionează ca un vasodilatator pulmonar. Heparina este terapia de primă linie la acest pacient și trebuie administrată prompt. Nerealizarea unei valori terapeutice a timpului parţial de tromboplastină (PTT) în primele 24 de ore duce la o incidenţă de 23% a noii embolii.

(b) O scanare CT toracică nu este necesară urgent, deoarece o TVP este deja confirmată de ecografie duplex şi nu ar trebui să întârzie administrarea anticoagulantei . **(c)** Aspirina nu este eficientă în prevenirea propagării TVP. Pacientul necesită un anticoagulant, nu un agent antiagregant plachetar. **(d)** Deşi imobilitatea poate duce la creşterea trombului, un pacient cu o TVP diagnosticată ar trebui monitorizat în pat în timp ce primeşte anticoagulare. **(e)** Warfarina nu trebuie niciodată începută fără administrarea concomitentă de heparină. După ce raportul internaţional normalizat (INR) este la un nivel terapeutic (2-3 UI), heparina poate fi oprită şi warfarina poate fi luată singură. Warfarina provoacă iniţial o stare de hipercoagulare temporară, deoarece anticoagulantele, proteina C şi S (inhibată de warfarină), au timpi de înjumătăţire mai scurt în comparaţie

cu proteinele procoagulante dependente de vitamina K pe care warfarina le inhibă de asemenea.

48. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp 986-998.)* **Pacienţii** nedomiciliaţi, alcoolici , prezintă un risc deosebit de a contracta *K pneumoniae.* În mod clasic, se prezintă cu o tuse productivă cu **spută de jeleu de coacăze,** febră, stare generală de rău şi un aspect general toxic. Este adesea descris un infiltrat lobar dens cu aspect de fisură bombată pe o radiografie toracică.

Streptococcus pneumoniae **(a)** este cea mai frecventă etiologie în pneumonia dobândită în comunitate la adulţi. *Mycoplasma pneumoniae* **(c)** este o cauză frecventă a pneumoniei dobândite în comunitate la pacienţii cu vârsta sub 40 de ani. Legionella *pneumophila* **(d)** este un organism intracelular care trăieşte în medii acvatice şi nu se transmite de la o persoană la alta. *Haemophilus influenzae* **(e)** este frecvent la pacienţii cu boli pulmonare obstructive cronice (BPOC), alcoolism, malnutriţie sau malignitate. Este o baghetă gram-negativă pleomorfă care poate fi încapsulată şi identificată ca diverse serotipuri, tipul b fiind cel mai frecvent care cauzează bacteriemie.

49. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp 388-391, 1000-1005.)* Un **pneumotorax spontan** se prezintă de obicei cu **durere toracică pleuritică ipsilaterală** şi dispnee în timpul repausului. Constatările fizice tind să se coreleze cu gradul simptomelor. Tahicardia uşoară, scăderea sunetelor respiratorii până la auscultare sau hiperrezonanţa la percuţie sunt cele mai frecvente constatări. Apare de obicei la bărbaţii tineri sănătoşi, cu o statură mai înaltă decât media, fără un factor de precipitare. Prolapsul valvei mitrale şi sindromul Marfan sunt, de asemenea, asociate cu pneumotorace. Cea mai frecventă afecţiune asociată cu pneumotoraxul spontan secundar este BPOC. Deşi sugerat de simptomele acestui pacient, diagnosticul de pneumotorax se face în general cu o radiografie toracică. Semnul clasic este apariţia unei linii pleurale subţiri, viscerale, paralelă cu peretele toracic, despărţite de o bandă radiotransparentă, lipsită de semne pulmonare. Dacă suspiciunea clinică este mare cu o radiografie toracică iniţială negativă, se pot lua filme inspiratorii şi expiratorii sau un film de decubit lateral pentru a evalua colapsul pulmonar.

Un ECG **(a)** poate fi efectuat mai târziu pentru a investiga simptomele acestui pacient, dar având în vedere probabilitatea mare de pneumotorax, - trebuie efectuată mai întâi o radiografie toracică. Un D-dimer **(b)** este un test de sânge utilizat ca instrument de screening la pacienţii care au o probabilitate scăzută înainte de testare pentru o tromboembolism. Un D-dimer negativ poate exclude diagnosticul de PE la pacienţii cu o probabilitate pretest scăzută. Dacă

radiografia toracică nu este remarcabilă la acest pacient, trimiterea unui D-dimer poate ajuta la stabilirea dispneei sale. Scanarea AV/Q **(c)** ajută şi la diagnosticarea PE. Deoarece angiografia CT spirală a apărut ca un test cu sensibilitate şi specificitate ridicată, scanarea V/Q este utilizată mai rar. Rolul său este în general rezervat instituţiilor care nu au acces la angiografia CT spirală şi persoanelor cu contraindicaţie la angiografia CT spirală (de exemplu, alergie la colorant de contrast, sarcină). O radiografie abdominală verticală **(d)** poate evalua perforaţia abdominală, dezvăluind în mod caracteristic aer sub diafragmă.

50. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp. 986-88.)* Majoritatea pneumoniei este rezultatul unei singure specii de bacterii. *Streptococcus pneumoniae* este cea **mai frecventă cauză a pneumoniei comunitare** . Este, de asemenea, cea mai frecventă cauză a pneumoniei bacteriene la pacienţii infectaţi cu HIV. Pacienţii pot părea bolnavi şi pot prezenta tahipnee. Febra şi frisoanele sunt de obicei prezente. Auscultarea plămânilor relevă scăderea sunetelor respiratorii peste infiltrat, iar radiografia arată un model lobar.

(a) *Haemophilus influenzae* este a doua cea mai frecventă cauză de pneumonie comunitară la adulţi şi este deosebit de comună în rândul pacienţilor cu BPOC şi SIDA. **(c)** *Klebsiella pneumoniae* apare frecvent la alcoolici, diabetici şi pacienţi cu BPOC. Rezultatele radiografice includ un infiltrat necrozator sau un abces din lobul drept superior cu un nivel de lichid aerian. Deşi pacientul din scenariu este un alcoolic, *S pneumoniae* este încă cea mai frecventă cauză a pneumoniei comunitare. **(d)** Streptococii de grup A sunt o cauză rară a pneumoniei care este asociată cu o mortalitate ridicată ca urmare a unei pneumonite cu progresie rapidă. **(e)** *Pseudomonas* pneumonia este de obicei observată numai în UTI cu pacienţi ventilaţi.

51. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp. 172-178.)* În istorie, există detalii care vă fac să suspectaţi **embolul pulmonar** : obezitate, călătorii recente, dispnee progresivă în ciuda tratamentului cu inhalator şi spută cu sânge. În mod obiectiv, ECG-ul ei arată încordarea inimii drepte (unde R mari şi unde T inversate în derivaţiile precordiale V1 - V3), care se datorează bătăilor inimii împotriva rezistenţei mari a vasculaturii pulmonare care provoacă fluxul înapoi care duce la mărirea ventriculului drept. Este tahicardică, tahipneică şi hipoxică, semne cardinale ale suferinţei cardiovasculare. Fie dispnee, durere pleuritică în piept, fie tahipnee este prezentă la 95% dintre pacienţii cu EP. Triada clasică a dispneei, durerii pleuritice în piept şi hemoptizie este mai puţin frecventă şi este prezentă la mai puţin de 25% dintre pacienţi.

(a) *Mycoplasma pneumoniae* este cea mai frecventă cauză a pneumoniei

atipice „de mers". Majoritatea pacienţilor prezintă simptome constituţionale, în plus faţă de conjunctivită, faringită sau miringită buloasă. Semnul distinctiv al bolii este diferenţa dintre aspectul clinic benign al pacientului şi constatările radiografice extinse. **(b)** Febra Q este cauzată de *Coxiella burnetii.* Persoanele infectate arată bolnave, sunt diaforetice şi febrile. **(c)** PCP este observată aproape exclusiv la pacienţii care sunt imunocompromişi, cum ar fi cei cu SIDA, malnutriţi sau pe steroizi. Este cea mai frecventă infecţie oportunistă observată la pacienţii cu HIV. Pacienţii prezintă de obicei dispnee, tuse neproductivă şi febră. Radiografia toracică poate fi normală la 20% până la 30% dintre pacienţi. Radiografia toracică clasică a PCP demonstrează infiltrate interstiţiale difuze bilaterale în regiunea perihilară şi extinzându-se lateral într-un model „aripă de liliac". **(e)** Caracteristica clinică a SDRA este hipoxemia severă care nu răspunde la concentraţiile crescute de oxigen inspirat. Multe condiţii diferite pot precipita ARDS; cu toate acestea, sepsisul gram-negativ este cel mai frecvent.

52. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp. 938-956.)* Acest pacient suferă de un **atac acut de astm** . Acesta este un bronhospasm reversibil iniţiat de o varietate de factori de mediu care produc o îngustare şi o inflamare a căilor respiratorii bronşice. Tratamentul de primă linie pentru deschiderea căilor respiratorii include un **Ş 2 - agonist,** care acţionează pentru a reduce bronhospasmul muşchiului neted.

Corticosteroizii **(a)** sunt o măsură eficientă pentru scăderea modificărilor inflamatorii tardive implicate în astm. Se crede, de asemenea, că sulfatul de magneziu **(b)** acţionează într-un mod similar, dar ar trebui iniţiat în cazurile refractare de astm. Epinefrina **(c)** scade bronhospasmul, dar având în vedere efectele sale secundare clinice, ar trebui să fie administrată numai la pacienţii consideraţi a fi în detresă respiratorie severă. Anticolinergicele **(d)** sunt eficiente la pacienţii cu BPOC şi sunt, de asemenea, administrate în combinaţie cu un agonist p2 la pacienţii cu o exacerbare acută a astmului. Cu toate acestea, nu trebuie administrat niciodată singur pentru a trata astmul.

53. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp 1011-1052.)* Toţi pacienţii cu dureri în piept şi dificultăţi de respiraţie ar trebui să primească un **ECG.** Este un test rapid, neinvaziv, care oferă adesea informaţii substanţiale. Un ECG va arăta că această pacientă are o infracţie miocardică a peretelui anterolateral (IM) mare care afectează o mare parte din ventriculul stâng, motivul suflului cardiac. Un ECG trebuie efectuat în acele prime momente cruciale, astfel încât să poată fi furnizată îngrijirea adecvată. Acest exemplu ne aminteşte de importanţa menţinerii - diagnosticului diferenţial larg la pacienţii care prezintă detresă respiratorie. Celelalte proceduri pot fi efectuate în timp util, dar nu trebuie neapărat să fie efectuate ca următorul pas cel mai critic.

54. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp 2119-2124.)* Baza liberă cristalizată a cocainei este cunoscută sub numele de „cocaină crack". Această formă, afumată printr-o ţeavă, produce vapori foarte solubili în lipide, care permite transportul rapid de la plămâni la creier, pentru un high mai rapid, în comparaţie cu cocaina care este pufnit sau injectat. Ca urmare a acestui mecanism, substanţa poate fi concentrată în cantităţi mari în parenchimul pulmonar, provocând un **proces inflamator infiltrativ** şi **pneumonită** numită „crack plamân". Acest lucru poate duce ulterior la insuficienţă respiratorie.

Canabisul **(a)** utilizat în asociere cu agoniştii Ş 2 inhalaţi poate duce la formarea de ble şi la pneumotorax ulterior, dar nu şi pneumonită. Opioidele **(b)** , metamfetamina **(d)** şi alcoolul **(e)** pot avea efecte pulmonare prin mecanisme secundare, dar nu sunt responsabile în primul rând pentru acest tip de prezentare.

55. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp. 388-391, 1000-1005.)* **Radiografiile inspiratorii şi expiratorii** permit o mai bună vizualizare a pleurei pulmonare şi pot ajuta la elucidarea mai bună a prezenţei unui pneumotorax nevizualizat iniţial pe radiografia toracică.

Poate fi efectuată o radiografie toracică repetată **(a) ;** cu toate acestea, va avea un randament scăzut dacă originalul a fost executat corect. Se poate face o scanare CT toracică **(c)** , dar după ce sunt efectuate filmele adecvate. Toracostomia toracică **(d)** implică plasarea unui tub în interiorul cavităţii pleurale pentru evacuarea aerului intrapleural şi poate fi efectuată dacă pacientul continuă să se decompenseze şi dacă suspiciunea de pneumotorax rămâne ridicată. Toracotomia toracică **(e)** implică deschiderea cavităţii toracice şi este rezervată celor mai severe cazuri de colaps cardiovascular.

56. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp 1005-1009.)* Efuziunile pleurale sunt cel mai uşor detectate pe un **film de decubit lateral cu partea afectată în jos,** care în acest caz este partea stângă. Cu această vizualizare pot fi detectate acumulări de 5 până la 50 ml de lichid.

Revărsările mici pot fi omise complet pe **(a)** vederi în decubit dorsal şi nu sunt în general evidente pe vederile PA **(e)** şi vizualizările laterale **(d)** până când sunt prezente 200 ml sau mai mult de lichid.

57. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp. 801-813.)* Narile **înţepate** văzute la acest pacient ar trebui să vă ofere un indiciu cu privire la posibilitatea unor **arsuri termice severe** . Deşi există o implicare externă minimă, daunele cauzate de căldură se pot extinde adânc în sistemul pulmonar prin inspiraţie. Acest lucru duce la o reacţie inflamatorie severă care provoacă **pneumonită** . Intubarea precoce este

esențială.

Deși ar trebui să luați în considerare întotdeauna o aspirație de corp străin **(b)** în diagnosticul diferențial al detresei respiratorii, aceasta nu este în concordanță cu istoria acestui individ. Boala reactivă a căilor respiratorii **(a)** se prezintă de obicei cu respirație șuierătoare și pneumotorax **(e)** cu scăderea sunetelor respiratorii. Boala de decompresie **(c)** apare atunci când un scafandru urcă prea repede și bulele de azot dizolvate reintră în țesuturi și vasele de sânge.

58. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp 1113-1114.)* **Edemul pulmonar** poate fi împărțit în cardiogen și noncardiogen. Varietățile cardiogenice sunt frecvent întâlnite în ED și sunt de obicei rezultatul presiunilor hidrostatice ridicate . Se observă la pacienții cu infarct miocardic sau ischemie, cardiomiopatii, boli valvulare ale inimii și urgențe hipertensive. **Nitroglicerina** acționează pentru a scădea preîncărcarea inimii prin dilatarea venoasă. Acest lucru scade activitatea inimii, astfel încât aceasta să poată funcționa mai eficient. Un **diuretic de ansă** este folosit pentru a induce diureza și, de asemenea, se crede că acționează ca un dilatator venos. Împreună între ele, aceste medicamente acționează pentru a îmbunătăți capacitatea funcțională generală a inimii. Dacă intervențiile medicale nu se stabilizează, trebuie făcută pregătirea pentru intubația endotraheală. Dispozitivele de presiune pozitivă a căilor respiratorii (de exemplu, BiPAP) pot fi, de asemenea, utilizate ca măsură de temporizare pentru livrarea de oxigen.

(a) Sulfatul de morfină este un sedativ și analgezic puternic care acționează și ca un dilatator venos. Efectele sale asupra preîncărcării și postîncărcării sunt relativ minime în comparație cu nitroglicerina. Este, de asemenea, un deprimant respirator și trebuie administrat numai în cantități mici pentru pacienții cu edem pulmonar. Aspirina **(d)** trebuie administrată dacă există suspiciunea de ischemie cardiacă. Dacă acest pacient a avut pneumonie, atunci trebuie administrate antibiotice **(e) .** Cu toate acestea, radiografia toracică și prezentarea clinică sunt în concordanță cu edem pulmonar acut.

59. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp 986-998.) Legionella pneumophila* este un organism intracelular care trăiește în medii acvatice. Organismul poate trăi în apă obișnuită de la robinet și probabil a fost subdiagnosticat într-o serie de focare comunitare. Se observă de obicei la vârstnici și imunocompromiși. Boala legionară este mai frecventă vara, mai ales în august. Pacienții experimentează adesea un prodrom de 1 până la 2 zile de dureri de cap ușoare și mialgii, urmate de febră mare, frisoane și rigori multiple. Tusea este prezentă în 90% din cazuri. Alte **manifestări pulmonare** includ dispneea, durerea pleuritică în piept și hemoptizia. **Simptomele gastrointestinale** includ greață, vărsături, diaree și anorexie. **Simptomele neurologice** includ dureri de cap, stare mentală alterată și,

rar, simptome focale. **Testarea antigenului urinar** este foarte specifică şi sensibilă şi, dacă este disponibilă, foarte rapidă în stabilirea diagnosticului.

Streptococcus pneumoniae **(a)** este cea mai frecventă etiologie a pneumoniei dobândite în comunitate la adulţi. Se găseşte în nazofaringe a aproape jumătate din populaţie şi se poate manifesta ca o pneumonie lobară. *Haemophilus influenzae* **(b)** este frecventă la pacienţii cu BPOC, alcoolism , malnutriţie sau malignitate *Mycoplasma pneumoniae* **(c)** este o altă cauză frecventă a pneumoniei comunitare la pacienţii sub 40 de ani. Se prezintă ca o tuse uşoară, neproductivă, cu temperatură scăzută şi radiografie toracică tipică cu infiltrate difuze mult mai grave decât era de aşteptat. Miringita buloasă poate fi, de asemenea, un simptom asociat. *Chlamydophila pneumoniae* **(d)** este un parazit intracelular care se transmite între oameni prin secreţii respiratorii sau aerosoli. Rămâne o cauză relativ neobişnuită de pneumonie în comunitate.

60. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp. 1110-1130.)* Acest pacient prezintă semne şi simptome de **ICC,** care este clasificată fie pe partea dreaptă, fie pe partea stângă. Insuficienţa cardiacă dreaptă se manifestă ca distensie venoasă jugulară, ascită şi edem periferic. Insuficienţa cardiacă stângă se manifestă ca edem pulmonar sau şoc. Acest pacient are atât eşecul din partea stângă duce adesea la eşecul din partea dreaptă. Managementul ambulatoriu al ICC include un Ş -blocant pentru a reduce stresul cardiac şi a îmbunătăţi contractilitatea, un diuretic de ansă pentru a ajuta la diureza excesului de lichid; şi un inhibitor ECA atât pentru managementul TA, cât şi pentru efectele de protecţie renală. Pacienţii ar trebui să ia, de asemenea, o aspirină zilnică **(b)** pentru protecţia cardiacă . Blocanţii canalelor de calciu **(d)** nu sunt indicaţi în mod specific pentru ICC.

61. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp 986-998.)* **PCP** este o infecţie oportunistă frecvent întâlnită la populaţia HIV/SIDA. Se prezintă de obicei cu simptome subiective uşoare de tuse şi stare generală de rău. Obiectiv, pacienţii sunt hipoxici şi au o radiografie toracică cu proces interstiţial bilateral. Factorii de risc includ un **număr de CD4 < 200** . Lactat dehidrogenaza serica (LDH) este, de asemenea, considerabil mai mare la pacientii cu SIDA cu PCP. De fapt, cu cât este mai mare creşterea LDH, prognosticul este mai rău. În ciuda radiografiei PCP clasice care demonstrează infiltrate interstiţiale difuze bilaterale, începând din regiunea perihilară şi extinzându-se într-un model „aripa liliac", radiografia toracică poate fi normală la până la 30% dintre pacienţi. Pe lângă implicarea sarcomului Kaposi în plămâni, trebuie luate în considerare infecţiile pulmonare, cum ar fi tuberculoza, citomegalovirusul şi infecţiile fungice.

Coccidioidomicoza **(a)** este cauzată de ciuperca *C immitis.* Ciuperca este endemică în sud-vestul Statelor Unite. Conformarea diagnosticului se face prin

observarea directă a ciupercii în frotiu sau cultură, sau prin detectarea anticorpilor serici. Radiografia toracică evidenţiază în general adenopatie mediastinală sau hilară, revărsări pleurale, noduli, cavitaţii sau infiltrate. *Mycobacterium tuberculosis* **(b)** este organismul cauzator al tuberculozei (TB). Pacienţii pot prezenta tuse cronică, hemoptizie şi simptome constituţionale. Deoarece TB se poate prezenta într-un mod clinic similar cu PCP la persoanele imunodeprimate, studiile TB ar trebui efectuate şi pe acest pacient. În TB de reactivare clasică, leziunile pulmonare sunt localizate în segmentul posterior al lobului drept-superior, segmentul apicoposterior al lobului stâng-superior şi segmentele apicale ale lobului inferior. În prezenţa HIV sau a altor boli imunosupresoare, leziunile sunt adesea atipice. Până la 20% dintre pacienţii HIV pozitivi cu boală activă au rezultate normale ale radiografiei toracice. Rezultatele radiografice în concordanţă cu TB primară activă sunt similare cu cele ale pneumoniei lobare cu adenopatie hilară ipsilaterală. *Mycoplasma pneumoniae* **(d)** este o cauză frecventă a pneumoniei dobândite în comunitate la pacienţii cu vârsta sub 40 de ani. Constatările radiografice sunt variabile, dar anomaliile sunt de obicei mai izbitoare decât constatările la examenul fizic. *Haemophilus influenzae* **(e)** este frecvent la pacienţii cu BPOC, alcoolism, malnutriţie sau malignitate.

62. Răspunsul este c. *(Rosen, pp 1620-1633.)* Pacienta are o **reacţie anafilactică** la creveţii pe care i-a mâncat. Anafilaxia se referă la o reacţie alergică sistemică severă cu caracteristici variabile, cum ar fi dificultăţi respiratorii, colaps cardiovascular, erupţii cutanate pruriginoase şi crampe abdominale. Anafilaxia este o reacţie de hipersensibilitate cauzată de o reacţie **mediată de IgE** . Alimentele sunt cauza majoră în cazurile de anafilaxie în care se poate determina o sursă. Alimentele comune care provoacă anafilaxie includ **nucile, crustaceele** şi **ouăle** . În ED, atenţia este concentrată pe inversarea tulburărilor cardiovasculare şi respiratorii. **Epinefrina** este primul medicament de elecţie pentru pacienţii cu anafilaxie. Calea de administrare este aleasă în funcţie de gravitatea prezentării pacientului. La un pacient cu obstrucţie sau hipotensiune arterială superioară , trebuie administrată epinefrină IV. Pacienţii cu semne vitale stabile pot primi epinefrină subcutanată. Epinefrina trebuie utilizată cu prudenţă la vârstnici sau la orice pacient cu boală coronariană sau tulburări de ritm. Antihistaminice, cum ar fi **difenhidramina** şi ranitidina, trebuie utilizate în toate cazurile. Aceste medicamente blochează acţiunea histaminelor circulante la receptorii ţesutului ţintă. Corticosteroizii, cum ar fi **metilprednisolonul,** au un debut de acţiune la aproximativ 4 până la 6 ore după administrare şi, prin urmare, au o valoare limitată în situaţia acută. Cu toate acestea, deoarece administrarea lor precoce poate reduce reacţia bifazică a anafilaxiei şi, prin urmare, se recomandă administrarea la pacienţii aflaţi în anafilaxie.

Deşi formele aerosolizate de albuterol **(d)** şi epinefrină **(e)** sunt adecvate pentru a fi administrate în cazul anafilaxiei, acestea sunt terapii adjuvante şi nu trebuie niciodată administrate singure pentru a trata anafilaxia.

63. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp. 481, 1212.)* **Embolismul adipos** se referă la prezenţa globulelor de grăsime în parenchimul pulmonar şi circulaţia periferică după o **fractură de os lung, traumatism major** sau **procedură ortopedică.** Simptomele apar de obicei la 1 până la 2 zile după eveniment sau unghierea intramedulară . Spre deosebire de tromboemboli, emboliile de grăsime pot trece prin vascularizaţia pulmonară în circulaţia arterială sistemică, unde poate fi afectat orice organ. Detresa respiratorie este un sistem iniţial obişnuit cu manifestări neurologice ulterioare, având în vedere că circulaţia cerebrală prezintă un risc deosebit. Tratamentul este în primul rând de susţinere într-un cadru de terapie intensivă.

Această pacientă prezintă un risc mai mic de tromboembolism venos **(a)** având în vedere că a fost anticoagulată corespunzător. Embolismul aerian **(b)** este intrarea gazului în sistemul vascular periferic sau central. Poate apărea secundar unor complicaţii iatrogenice (de exemplu, în timpul naşterii), traumei şi consumului de droguri IV. Majoritatea cazurilor de captare a aerului sunt benigne. Cu toate acestea, captarea unor cantităţi mari de gaz intravascular poate duce la leziuni neurologice severe, colaps cardio-vascular şi chiar moarte. Se crede că mai mult de 50 ml de aer poate provoca hipotensiune arterială şi aritmii şi mai mult de 300 ml de aer poate fi letal. Hemoragia pulmonară **(d)** este o afecţiune neobişnuită şi poate apărea secundar sindromului Goodpasture şi altor boli pulmonare intraparenchimatoase. De asemenea, poate apărea secundar unei traume. Deşi această pacientă prezintă un risc mai mare de sângerare deoarece este pe warfarină, o sângerare spontană în parenchimul pulmonar ar fi rară. Nu există antecedente de traume noi care să indice o fractură de coastă **(e)** la acest pacient.

64. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp 956-969.)* BPOC este adesea menţionată ca o singură boală, dar este de fapt o triadă a trei procese boli distincte: emfizema , bronşita cronică şi astmul. Acest scenariu clinic pictează o imagine tipică a **emfizemului.** Indivizii par dispneici, slabi şi anxioşi. În general, ei au un diametru toracic antero-posterior (AP) crescut şi adesea îşi folosesc muşchii accesorii pentru a ajuta la respiraţie. Sunetele pulmonare sunt îndepărtate şi asociate cu şuierături, rhonchi şi o fază expiratorie prelungită. Aceşti indivizi sunt adesea clasificaţi drept „pufferi roz" şi îşi folosesc buzele strânse pentru a împinge aerul care rămâne prins în alveole din cauza fazei expiratorii prelungite. Exacerbările trebuie tratate cu corticosteroizi, inhalatoare anticolinergice şi agonişti Ş 2

intermitenți pentru a reduce inflamația, a reduce producția de mucoasă și a relaxa mușchiul neted în efortul de a deschide căile respiratorii distale. Pacienții cu BPOC prezintă un risc mai mare de a dezvolta bronșită bacteriană și pneumonie. BPOC este în general cauzată de fumat, dar poate rezulta și din poluarea aerului, expunerea profesională și factori genetici, cum ar fi deficitul de 1 - antitripsină.

Pacienții cu bronșită cronică **(a)** sunt considerați „balonatori albaștri", având în vedere supraproducția lor de mucoasă care provoacă hipoventilație. Acești pacienți au, în general, niveluri scăzute de saturație în oxigen la momentul inițial. De obicei, sunt îndesat, au o tuse productivă și au un diametru normal al pieptului AP . Astmul **(b)** se caracterizează prin hiperreactivitate a căilor respiratorii și inflamație . Este un proces reversibil, în timp ce emfizemul nu este. Semnele și simptomele acestui pacient nu sunt tipice pentru ICC **(d)** sau pneumotorax **(e).**

65. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp 381-383.)* Având în vedere istoricul traumatismului, o **fractură de coastă** este etiologia cea mai probabilă a simptomelor pacientului în acest scenariu clinic. Fracturile coastelor apar de obicei în **punctul de impact** sau în **unghiul posterior,** care este partea cea mai slabă a coastei. Este important de remarcat faptul că adevăratul pericol al fracturilor de coaste nu implică coasta în sine, ci riscul de a leza penetrarea structurilor subiacente. O **serie de coaste** este cel mai eficient mod de a vizualiza aceste fracturi. Tratamentul pacienților cu fracturi costale acute simple include ameliorarea durerii, astfel încât să nu apară atele respiratorii, ceea ce crește rata de atelectazie și pneumonie. Lianții pentru piept nu trebuie utilizați, deoarece favorizează hipoventilația. Pentru fracturile multiple ale coastelor, blocurile nervoase intercostale pot fi un mijloc mai eficient de analgezie. Majoritatea fracturilor de coastă se vindecă fără probleme în decurs de 3 până la 6 săptămâni. Pacientul trebuie încurajat să respire adânc pentru a evita dezvoltarea pneumoniei.

O radiografie toracică **(a)** este valoroasă pentru investigarea altor leziuni asociate, dar adesea ascunde coastele și fracturile pot rămâne ascunse. Scanarea tomografului toracic **(b)** nu este indicată în acest moment și este justificată doar cu agravarea simptomelor sau radiografii negative cu o suspiciune clinică ridicată. Un ECG **(c)** poate fi obținut pentru a evalua starea generală de sănătate a acestui pacient, dar nu este util în diagnosticarea unei fracturi de coastă. O toracenteză **(e)** , fie că este diagnostică sau terapeutică, este indicată numai la pacienții cu revărsat pleural.

66. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp 1557-1564.)* Pacientul are elemente vitale normale, o radiografie toracică normală și este stabil. De fapt, simptomele ei se

auto-rezolvă cu timpul şi fără intervenţie. Numai cu această informaţie se poate fi confortabil să pună diagnosticul unui **atac de anxietate** ca fiind precip itant al simptomelor pacientului. O istorie a unui factor de stres poate fi de ajutor, dar este important de reţinut că aceste simptome nu sunt sub controlul voluntar al pacientului şi, de multe ori, pacienţii nu pot fi capabili să identifice un anumit factor de stres. Este important să ne amintim că diagnosticul de anxietate în UR este un diagnostic de excludere. Simptomele extremităţilor ei sunt tipice **spasmului carpian-pedal** observat cu tetanie, rezultat al scăderii tranzitorii a nivelului de calciu seric secundar unei alcaloze respiratorii.

(a) Un pneumotorax şi un hemopneumotorax **(b)** sunt, în general, observate cu traumatisme şi de obicei prezente cu zgomote respiratorii scăzute şi saturaţie anormală de oxigen. Un revărsat pleural **(c)** are multe etiologii şi, de obicei, prezintă scăderea sunetelor respiratorii în punctul de efuziune. Astmul **(e)** se manifestă în general cu respiraţie şuierătoare la examinare.

67. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp. 938-956.)* S-a demonstrat că **corticosteroizii îmbunătăţesc simptomele astmului în zilele următoare după o exacerbare şi previn recidivele acute la pacienţii care sunt consideraţi potriviţi să fie** externaţi din ED. O doză acceptabilă este de 40 până la 60 mg de prednison pe zi timp de 3 până la 10 zile după evenimentul iniţial. Steroizii inhalatori pot fi, de asemenea, o - alternativă pentru a preveni recăderile în cazuri mai dificile şi ar trebui să fie utilizaţi zilnic cu îndrumarea furnizorului de asistenţă medicală primară al pacientului. Distanţiere sunt disponibile pentru a asigura livrarea adecvată a medicamentelor adânc în alveole.

Cromolyn **(d)** acţionează ca un stabilizator al mastocitelor şi este utilizat în principal în tratamentul rinitei alergice. Ipratropiul **(e)** este un medicament anticolinergic care este utilizat în tratamentul BPOC. Deşi este de obicei administrat în îngrijirea acută a astmului bronşic, nu este indicat pentru întreţinerea astmului . În dieta pacientului trebuie să se obţină cantităţi adecvate de magneziu **(a) .** EpiPens **(b)** este indicat numai pentru acei pacienţi care suferă de reacţii alergice severe şi nu sunt administraţi în ambulatoriu la pacienţii cu astm bronşic.

68. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp 2560-2568.)* Atenţia la căile respiratorii şi la respiraţie este de o importanţă deosebită în **intoxicaţia cu opioide,** aşa cum indică pupilele precise ale pacientului, deoarece depresia respiratorie şi a sistemului nervos central (SNC) sunt cele mai frecvente complicaţii care pun viaţa în pericol . **Naloxona** este un antagonist competitiv al receptorului p -opioid şi blocarea sa rapidă a acelor receptori inversează efectele depresive ale opioidelor.

Oxigenul **(a)** şi tratamentele respiratorii **(c şi d)** pot ajuta la creşterea

saturaţiilor, dar nu vor trata cauza de bază. Flumazenil **(b)** este un antagonist de benzodiazepină care funcţionează ca un inhibitor competitiv al receptorului acidului γ -aminobutiric (GABA).

69. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp 986-998.)* **Pneumonia prin aspiraţie** apare secundară inhalării fie a conţinutului orofaringian, fie a conţinutului gastric în căile respiratorii inferioare. Aspiraţia sucurilor gastrice poate provoca un răspuns inflamator pulmonar. Acest tip de mecanism de dobândire a pneumoniei este frecvent întâlnit la cei cu **dificultăţi de înghiţire** sau un **sfincter cardiac relaxat** din cauza **alcoolului** . Având în vedere aceşti factori, acest pacient se află într-o categorie cu risc ridicat pentru pneumonie de aspiraţie. Gradul mic de angulare a bronhiei principale drepte face plămânul drept să fie expus unui risc mai mare. Majoritatea particulelor călătoresc cu uşurinţă pe această rută, ajungând în **lobul drept mijlociu sau inferior** al plămânului. **Acoperirea antibioticelor** ar trebui să fie **largă,** acoperind atât organismele **gram pozitive, cât şi gram negative, inclusiv anaerobii,** care sunt prezenţi în mod obişnuit în gură. Având în vedere severitatea, aceşti pacienţi pot dezvolta SDRA, un răspuns inflamator la infecţie şi, ulterior, insuficienţă respiratorie.

(a) organisme Gram-negative, cum ar fi *H influenzae, P aeruginosa, Kpneu - moniae* şi *Escherichia coli,* sunt cele mai frecvente cauze de pneumonie nosocomială . **(b)** Organismele Gram-pozitive, cum ar fi *S pneumoniae* şi *Staphylococcus aureus,* sunt cel mai frecvent asociate cu pneumonia dobândită în comunitate. **(d)** PCP se găseşte la pacienţii imunocompromişi, cum ar fi cei cu SIDA, sau cei care primesc imunosupresoare secundare transplantului de organe. De asemenea, sunt expuşi riscului de pneumonii fungice **(e)** ; cu toate acestea, tratamentul nu trebuie iniţiat decât dacă există suspiciuni clinice ridicate.

70. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp 2643-2644.)* **Antraxul prin inhalare** este o boală rară, dar care pune viaţa în pericol, cu rate de mortalitate care depăşesc 90%. Este cauzată de inhalarea sporilor *B anthracis* în plămâni. Iniţial, pacientul dezvoltă simptome asemănătoare gripei. În decurs de 24 până la 48 de ore, evoluţia clinică se poate deteriora brusc până la şoc septic, insuficienţă respiratorie şi mediastinită. Radiografia toracică poate evidenţia un mediastin lărgit. Moartea apare de obicei în 3 zile. Antraxul este în mod normal o boală a oilor, bovinelor şi cailor. Deoarece nu există dovezi pentru transmiterea de la om la om, boala la om apare atunci când sporii sunt inhalaţi. Lucrul cu piei de animale netratate creşte riscul de expunere la antrax.

Deşi *S pneumoniae* şi *H influenzae* **(a şi d)** pot provoca insuficienţă respiratorie, este puţin probabil să apară la un bărbat sănătos de 32 de ani. **(b)**

Difteria este o boală care poate pune viaţa în pericol şi este caracterizată printr-o pseudomembrană gri-verde care acoperă amigdalele şi mucoasa faringiană. *Coxiella burnetii* **(c)** este organismul care provoacă febra Q. Este similar cu *B anthracis* prin aceea că oile, bovinele şi caprinele sunt rezervoarele primare. Cu toate acestea, deteriorarea din cauza febrei Q nu este la fel de rapidă ca cea observată la antrax.

71. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp 1005-1009.) Având în vedere* istoricul îndelungat al acestui pacient de consum **de tutun** şi nefiind consultat un medic pentru examinări anuale , este probabil ca revărsatul pleural să fie **exudativ** ca urmare a unei **malignităţi subiacente** . Alte cauze ale efuziunilor exsudative includ următoarele: infecţii , boli ale ţesutului conjunctiv, neoplasm, embolii pulmonari, uremie, atită pancreală, ruptură esofagiană, post-chirurgical, traumatism şi induse de medicamente. Analiza lichidului pleural include LDH, glucoză, proteine, amilază, număr de celule, coloraţie Gram, cultură şi citologie.

(d şi e) Efuziunile care au un LDH > 200 U, un raport lichid-sânge LDH > 0,6 şi un raport fluid-proteine din sânge > 0,5 sunt clasificate ca exsudative. Nivelurile mai mici decât acestea sunt clasificate drept transudative. **(a)** Cauzele efuziunilor transudative includ ICC, hipoalbuminemia, ciroza, mixedemul, - sindromul nefrotic, sindromul venei cave superioare şi dializa peritoneală. **(c)** O efuziune nu poate fi atât exudativă, cât şi transudativă.

72. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp 1147-1148.)* La un pacient cu **HIV netratat şi infiltrate** bilaterale la radiografie toracică, trebuie luată în considerare **PCP , în plus** faţă de pneumonia dobândită în comunitate. Corticosteroizii s-au dovedit a fi benefici ca terapie adjuvantă la pacienţii cu PCP moderată până la severă. Aceştia (1) limitează deteriorarea oxigenului, (2) scad mortalitatea şi insuficienţa respiratorie şi (3) accelerează $_{\text{recuperarea}}$. Este important să se iniţieze terapia cu steroizi înainte de a începe administrarea de antibiotice pentru a evita agravarea hipoxiei care este secundară reacţiei inflamatorii cauzate de organismele muribunde.

(b) Tratamentul imediat cu TMP/SMX IV ar fi corect dacă PaO_2 ar fi mai mare de 70. **(c)** Întârzierea antibioticelor nu este niciodată adecvată la un pacient bolnav cu suspiciune de pneumonie. Coloraţia Gram este puţin probabil să fie utilă în identificarea acută a organismului în pneumonia dobândită în comunitate, iar coloraţia de argint este necesară pentru a vedea pneumocystis. Tratamentul cu nebulizator **(d)** este auxiliar şi poate oferi ameliorarea simptomelor la un pacient care respira şuierător cu pneumonie, dar nu este adecvat pentru managementul iniţial al acestui pacient. Epinefrina **(e)** nu are nici un rol la pacientul acut bolnav cu PCP ale cărui simptome sunt mai puţin

probabil legate de boala reactivă severă a căilor respiratorii.

73. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp. 938-956.)* Acest pacient suferă de o **exacerbare a astmului indusă de efort.** Diferiţi factori declanşatori pot provoca bronhospasm. Acestea includ praful, diverse parfumuri, infecţiile respiratorii superioare subiacente, fumul de ţigară, fluxul menstrual şi diverse medicamente, inclusiv aspirina. Intervenţia medicală la acest pacient ar trebui să includă o soluţie nebulizată de $Ş_2$-agonist , corticosteroizi şi administrare de oxigen . Cea mai utilă măsură pentru a urmări progresul pacientului cu fiecare tratament este un **flux expirator maxim** şi ar trebui să facă parte din evaluarea şi monitorizarea iniţială. Volumul expirator forţat în 1 secundă de la o inspiraţie maximă (FEV_1) poate fi utilizat în setarea ED. Mai frecvent, sunt utilizate debitmetre de vârf care măsoară debitul expirator maxim în litri pe secundă, începând cu plămânii complet umflaţi. Ambele măsurători necesită cooperarea deplină a pacientului, ale căror valori ar trebui să fie vârsta medie a trei expiraţii forţate consecutive. Intervalele de valori normalizate sunt determinate de vârsta, sexul şi înălţimea pacientului.

O radiografie toracică **(b)** este utilă dacă pacientul nu se îmbunătăţeşte după tratamentele standard pentru astm şi există suspiciunea unei etiologii diferite pentru dispneea pacientului. Peptida natriuretică a creierului **(c)** este o enzimă naturală produsă de atriile inimii şi este crescută atunci când există întindere a acestor fibre, aşa cum se întâmplă în ICC. Peptida acţionează apoi ca un agent diuretic şi vasodilatator natural în reducerea stresului asupra inimii. Această valoare nu este crescută în astm. O temperatură rectală **(d)** nu este un pas următor necesar, dar poate fi utilizată mai târziu atunci când se evaluează infecţia ca un alt declanşator. Un ABG **(e)** este o evaluare utilă a oxigenării şi a gradului de obstrucţie a căilor respiratorii iniţial. Cu toate acestea, este important de menţionat că ABG-urile pre- şi post-tratament nu se corelează bine cu tabloul clinic al pacientului şi poate dura mai mult până se normalizează.

Dureri abdominale și pelvine

Întrebări

74. *O* femeie diabetică în vârstă de 81 de ani cu antecedente de fibrilație atrială este transferată la departamentul de urgență (DE) de la azilul local de bătrâni. În nota de la unitate se menționează că pacientul se plânge de dureri abdominale, având deja vărsături o dată. Semnele ei vitale în ED sunt temperatura 100,1 ° F, tensiunea arterială (TA) 105/75 mm Hg, ritmul cardiac (HR) 95 bătăi pe minut și frecvența respiratorie (RR) 18 respirații pe minut. Examinați pacienta și vă concentrați asupra abdomenului ei. Avand in vedere ca pacienta nu a incetat sa geme de durere de cand a ajuns la UR, esti surprinsa sa constati ca abdomenul ei este moale la palpare. Decizi să comanzi o serie radiografică abdominală. Care dintre constatările pe filmul abdominal simplu sugerează puternic infarct mezenteric?

a. Ansa santinelă a intestinului
b. Fara gaz in rect
c. Prezența unui ileus
d. Pneumatoza intestinală
e. Niveluri aer-fluid

75. Soțul și soția se prezintă la urgență cu 1 zi de febră subiectivă, vărsături, diaree apoasă și crampe abdominale. Au fost la un restaurant cu o zi înainte pentru cină și amândoi au mâncat specială din fructe de mare, care consta din crustacee crude. În ED, ambii sunt tahicardici, cu temperaturi de 99,8 ° F și 99,6 ° F pentru el și ea, respectiv Care dintre următoarele este responsabilă pentru majoritatea episoadelor acute de diaree?

a. Paraziți
b. Viruși
c. Bacteriile producătoare de enterotoxine
d. Bacteriile anaerobe
e. Bacteriile invazive

76. Un bărbat în vârstă de 79 de ani a fost comemorat la o cină de premiere pentru cei 50 de ani de serviciu la banca locală. În timp ce mânca o cină cu friptură, a simțit că mâncarea i se bloca în stomac. A băut un pahar cu apă, dar la scurt timp după aceea a vărsat apa. Este puțin neliniștit și decide să vină la UR pentru evaluare ulterioară. TA este de 155/70 mm Hg, HR este de 98 de bătăi pe minut, RR este de 18 respirații pe minut și saturația de oxigen este de 99% în aerul din cameră. Care este cea mai comună zonă pentru ca un corp străin esofagian să se depună la un adult?

a. Arcul aortic
b. Mușchiul cricofaringian
c. Bifurcația traheală
d. Sfincterul esofagian inferior
e. Sfincterul piloric

77. Un bărbat de 49 de ani se prezintă la urgență cu greață, vărsături și dureri abdominale care au început cu aproximativ 2 zile în urmă. Pacientul afirmă că de obicei bea un pachet de șase bere zilnic, dar și-a crescut consumul la două pachete de șase zilnic în ultima săptămână din cauza presiunilor de la locul de muncă. El observă o scădere a poftei de mâncare în ultimele 3 zile și afirmă că nu a mâncat nimic în 2 zile. TA este de 125/75 mm Hg, HR este de 105 bătăi pe minut și RR este de 20 de respirații pe minut. Observați sensibilitate abdominală generalizată la examinare. Rezultatele de laborator arată următoarele:

Globule albe (WBC) 9000/ p L
Hematocrit 48%
Trombocite 210/pL
Aspartat transaminaza (AST) 85 U/L
Alanin transaminaza (ALT) 60 U/L

Fosfataza alcalina 75 U/L
Bilirubina totală 0,5 mg/dL
Lipaza 40 UI

Sodium 131 mEq/L
Potassium 3.5 mEq/L
Chloride 101 mEq/L
Bicarbonate 10 mEq/L
Blood urea nitrogen (BUN) 9 mg/dL
Creatinine 0.5 mg/dL
Glucose 190 mg/dL
Nitroprusside test weakly positive for ketones

Care dintre următoarele este principala terapie pentru pacienții cu această afecțiune?

a. Soluție salină normală (NS).
b. Jumătate salină normală ($_{1/2}$NS)
c. Soluție de glucoză (D5W)
d. Soluție care conține atât ser fiziologic, cât și glucoză (D $_{5}$ /NS sau D $_{5\ 1/2}$NS)
e. Tipul de soluție este irelevant

78. Pe măsură ce palpezi cadranul superior drept (RUQ) al abdomenului unei femei de 38 de ani, observi că ea își oprește inspirația pentru un scurt moment.

Pe parcursul anamnezei, pacienta afirmă că în ultimele 2 zile are dureri în RUQ care iradiază spre spate la scurt timp după ce a mâncat. Elementele vitale ale ei includ o temperatură de 100,4 ° F, HR de 95 de bătăi pe minut, TA de 130/75 mm Hg, RR de 16 respiraţii pe minut. Care este modalitatea de diagnostic iniţială de alegere pentru această tulburare?

a. Radiografie pe film simplu
b. Tomografie computerizată (CT).
c. Imagistica prin rezonanţă magnetică (RMN)
d. Colescintigrafie cu radioizotopi (scanare HIDA)
e. Ultrasonografia

79. Un bărbat în vârstă de 31 de ani din Florida se prezintă la urgenţă plângându-se de durere severă care începe în flancul stâng şi iradiază către testicul. Durerea durează aproximativ 1 oră şi apoi se ameliorează. A avut o durere similară săptămâna trecută, care s-a rezolvat spontan. A observat ceva sânge în urină în această dimineaţă. TA este de 145/75 mm Hg, HR este de 90 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,9 ° F şi RR este de 24 de respiraţii pe minut. Abdomenul lui este moale şi lipsit de sensibilitate. Pe măsură ce examinezi pacientul, acesta vărsă şi are probleme să stea nemişcat în targă. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Apelaţi la un consult chirurgical pentru a evalua pacientul pentru apendicită.
b. Comandaţi un CT abdominal.
c. Începeţi lichide intravenoase (IV) şi administraţi un medicament antiinflamator nesteroidian (AINS) şi un antiemetic IV.
d. Efectuaţi o ecografie pentru a evalua un anevrism de aortă abdominală (AAA).
e. Efectuaţi o ecografie pentru a evalua torsiunea testiculară.

80. Un bărbat în vârstă de 67 de ani este adus la urgenţă de către serviciul medical de urgenţă (EMS). Soţia lui afirmă că pacientul îşi făcea treburile obişnuite prin casă când dintr-o dată a început să se plângă de dureri abdominale severe. Are antecedente medicale de boală coronariană şi hipertensiune arterială. TA este de 85/70 mm Hg, HR este de 105 bătăi pe minut, temperatura este de 98,9 ° F şi RR este de 18 respiraţii pe minut. La examenul fizic, este diaforetic şi are dureri evidente. La palparea abdomenului, simţi o masă pulsatilă mare. O electrocardiogramă (ECG) evidenţiază tahicardie sinusală. Aşezi pacientul pe un monitor, administrezi oxigen, introduci două IV-uri cu diametru mare şi îi trimiţi sângele la laborator. TA nu se îmbunătăţeşte după un bolus de lichid de 1 l. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Comandaţi o scanare CT pentru a-i evalua aorta.
b. Sunaţi la sala de angiografie şi rugaţi-i să pregătească camera pentru pacient.
c. Comandaţi o radiografie abdominală portabilă.
d. Apelaţi la operaţie şi rugaţi-i să pregătească sala de operaţie (SAU) pentru o laparotomie exploratorie.
e. Sunaţi laboratorul de cateterism cardiac pentru a vă pregăti pentru inserarea stentului.

81. O femeie de 57 de ani se prezintă la urgenţă cu un lighean în mână şi vărsând activ. Introduceţi un cateter IV, începeţi fluide IV şi administraţi un agent antiemetic. Pacientul se simte mult mai bine, dar se plânge şi de dureri abdominale severe care apar în valuri. Îi examinezi abdomenul şi observi că este destins şi că există o mică cicatrice pe linia mediană în abdomenul inferior. La auscultare, auziţi zgomote ascuţite care sună ca „clinchete". Palparea provoacă durere în toate cele patru cadrane, dar fără sensibilitate de rebound . Ea este guaiac negativă. Care dintre următoarele este cea mai frecventă cauză a prezentării acestui pacient?

a. Călătorie în Mexic
b. Abuzul de etanol
c. Histerectomie
d. Hernie

e. Constipație

82. Un bărbat de 41 de ani fără domiciliu intră în UR plângându-se de dureri abdominale, greață și vărsături. El vă spune că a băut bere în mod continuu în ultimele 18 ore. La examinare, valorile sale vitale sunt TA 150/75 mm Hg, HR 104 bătăi pe minut, RR 16 respirații pe minut, saturație de oxigen 97% în aerul camerei, temperatură de 99,1 ° F rectal și glucoză de 81 mg/dL. Pacientul este alert și orientat, pupilele sale anicterice. Observați ginecomastie și angiomate de păianjen. Abdomenul lui este moale, dar sensibil la RUQ. Testele de laborator evidențiază un AST de 212 U/L, ALT 170 U/L, fosfatază alcalină de 98 U/L, bilirubina totală de 1,9 mg/dL, raport internațional normalizat (INR) de 1,3, WBC 12.000/ ^ L. Analiza urinei arată proteină 1+. Radiografia toracică este neremarcabilă. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Puneți o sondă nazogastrică în stomacul pacientului pentru a îndepărta orice etanol rămas
b. Comandați o scanare HIDA pentru a evalua colecistita acută
c. Se administrează imunoglobuline de hepatită B
d. Trimiteți titruri de hepatită virală
e. Îngrijire de susținere prin corectarea oricăror dezechilibre fluide și electrolitice

83. Un bărbat în vârstă de 48 de ani, cu antecedente medicale de hepatită C și ciroză, se prezintă la serviciul de urgență plângându-se de dureri abdominale acute și frisoane. TA este de 118/75 mm Hg, HR este de 105 bătăi pe minut, RR este de 16 respirații pe minut, temperatura este de 101,2 ° F rectal și saturația de oxigen este de 97% în aerul camerei. Abdomenul său este întins și sensibil sensibil. Decizi să faci o paracenteză și să recuperezi 1 L de lichid tulbure. Analiza de laborator a fluidului arată un număr de neutrofile de 550 celule/ mm^3 . Care dintre următoarele este cea mai potrivită alegere de tratament?

a. Metronidazol
b. Vancomicina
c. Sulfametoxazol/trimetoprim (SMX/TMP)
d. Neomicină și lactuloză

e. Cefotaxima

84. Un tânăr de 24 de ani s-a trezit din somn în urmă cu 1 oră cu dureri puternice la testiculul drept. El afirmă că este activ sexual cu mai mulți parteneri. La examinare, scrotul drept este umflat, sensibil și ferm. Nu poți provoca un reflex cremasteric. TA este de 145/75 mm Hg, HR este de 103 bătăi pe minut, RR este de 14 respirații pe minut, temperatura este de 98,9 ° F și saturația de oxigen este de 99% în aerul camerei. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Administrați o doză de ceftriaxonă și doxiciclină timp de 10 zile și rugați-l să-l monitorizeze cu un urolog.
b. Tavați-i uretra, trimiteți o cultură pentru gonoree și *Chlamydia* și tratați dacă este pozitiv.
c. Trimiteți o analiză de urină și tratați o infecție a tractului urinar (ITU) dacă este pozitiv.
d. Tratați pacientul pentru epididimită și cereți-l să se întoarcă dacă simptomele persistă.
e. Comandați o ecografie Doppler color statim (STAT) și consult urologic.

85. Un bărbat în vârstă de 28 de ani se prezintă la urgență plângându-se de dureri epigastrice difuze, vagi, constante. El descrie că are un apetit scăzut și că se simte greață de când a mâncat sushi aseară. TA este de 125/75 mm Hg, HR este de 96 de bătăi pe minut, temperatura este de 100,5 ° F și RR este de 16 respirații pe minut. La examinare, abdomenul său este moale și moderat sensibil în cadranul inferior drept (RLQ). Rezultatele de laborator arată un WBC de 12.000/ p L. Analiza urinei arată 1+ esterază leucocitară. Pacientul este convins că aceasta este o intoxicație alimentară din sushi și cere niște antiacid. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Comandați o radiografie simplă pentru a căuta anse intestinale dilatate.
b. Se administrează 40 cc de Maalox și se observă timp de 1 oră.
c. Trimiteți pacientul pentru o ecografie abdominală.
d. Comandați o tomografie abdominală.
e. Eliberați pacientul acasă cu ciprofloxacină.

86. O femeie în vârstă de 41 de ani se prezintă la ED plângându-se de durere în RUQ, care este constantă, dar se agravează odată cu mâncatul în ultimele 2 zile. Durerea iradiază şi în partea dreaptă a spatelui mijlociu. Ea neagă că a vărsat. Singurul ei medicament este un contraceptiv oral. TA este de 140/75 mm Hg, HR este de 80 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,7 ° F şi RR este de 16 respiraţii pe minut. Testele de laborator sunt în limite normale. O ecografie abdominală dezvăluie pietre în vezica biliară, dar nici un perete îngroşat sau lichid pericolechistic. Care este diagnosticul cel mai probabil?

a. Colangita
b. Urolitiaza
c. Colecistita
d. Colica biliară
e. Boala ulcerului peptic

87. Un bărbat în vârstă de 50 de ani se prezintă la urgenţă plângându-se de apariţia bruscă a durerii epigastrice care iradiază spre spate. El descrie durerea ca fiind constantă şi asociată cu greaţă şi vărsături. Durerea se ameliorează uşor dacă se aplecă înainte. Are un istoric de fumat de 20 de pachete de ani şi a consumat 6 pachete de bere zilnic de mai bine de 5 ani. TA este de 150/80 mm Hg, HR este de 98 de bătăi pe minut, temperatura este de 100,1 ° F şi RR este de 18 respiraţii pe minut. Este sensibil la palpare în zona epigastrică. O radiografie toracică relevă un mic revărsat pleural pe partea stângă. Numărul său de leucocite este de 12.000/ p L, hematocritul 39%, glucoza plasmatică 225 mg/dL, AST şi ALT sunt în limitele normale, fosfataza alcalină 96 U/L şi lipaza 520 U/L. Scanarea lui CT este văzută mai jos. Care este diagnosticul cel mai probabil?

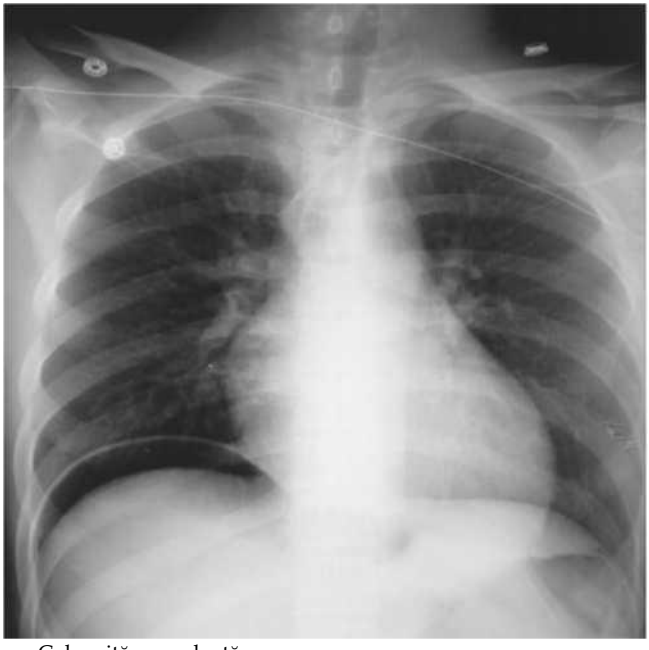
a. Anevrism de aortă abdominală
b. Ischemie mezenterica
c. Pancreatită
d. Perforaţie intestinală
e. Colecistita

88. O femeie de 23 de ani se prezintă la UR cu durere moderată în cadranul inferior stâng (LLQ). Ea afirmă că durerea a început brusc şi este asociată cu

greață și vărsături. A avut o criză de diaree ieri. Este a doua oară în această lună când a experimentat durere în această locație, cu toate acestea, niciodată cu această severitate. TA este de 120/75 mm Hg, FC este de 101 bătăi pe minut, temperatura este de 99,5 ° F și RR este de 18 respirații pe minut. Ea are un LLQ sensibil la examenul abdominal și o anexă sensibilă la examenul pelvin. Care dintre următoarele este cel mai potrivit test de diagnostic pentru pacient?

a. scanare CT
b. RMN
c. cu raze X
d. Ecografia Doppler
e. Laparoscopie

89. Un bărbat în vârstă de 55 de ani se prezintă la urgenţă plângându-se de dureri abdominale difuze uşoare. El afirmă că a fost supus unei colonoscopii de rutină ieri şi i s-a spus că „totul este în regulă". Durerea a început la trezire şi este asociată cu unele greaţă. El neagă febră, vărsături, diaree şi sângerare rectală. TA este de 143/71 mm Hg, HR este de 87 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,9 ° F şi RR este de 16 respiraţii pe minut. Abdomenul lui este încordat, dar doar uşor sensibil. Comandaţi teste de laborator de bază. Radiografia toracică a acestuia este văzută mai jos. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?



a. Colangită ascendentă
b. Edem pulmonar acut
c. Insuficienţă hepatică acută
d. Pancreatită
e. Pneumoperitoneu

90. O femeie de 78 de ani este adusă la urgenţă de EMS, plângându-se de

vărsături şi dureri abdominale care au început în timpul nopţii. EMS raportează că TA este de 90/50 mm Hg, HR este de 110 bătăi pe minut, temperatura este de 101,2 ° F şi RR este de 18 respiraţii pe minut. După ce i-a administrat un bolus de 500 ml de NS, TA este de 115/70 mm Hg. În timpul examinării, observi că faţa şi pieptul ei par icter. Plămânii ei sunt limpezi la auscultare şi nu apreciezi un murmur la examenul cardiac. Ea tresări când îi palpezi RUQ. O ecografie evidenţiază dilatarea căii biliare comune şi pietre în vezica biliară. Care este diagnosticul cel mai probabil?

a. Colecistita
b. Hepatită acută
c. Colangita
d. Cancerul pancreatic
e. Obstrucţie intestinală

91. O femeie în vârstă de 23 de ani se prezintă la urgenţă plângându-se de - dureri abdominale inferioare şi de pete vaginale timp de 2 zile. Ciclul ei menstrual este neregulat. Are antecedente de chisturi ovariene şi este activă sexual, dar foloseşte întotdeauna prezervative. TA este de 115/75 mm Hg, HR este de 75 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,9 ° F şi RR este de 16 respiraţii pe minut. Care dintre următoarele teste ar trebui obţinute în continuare?

a. Testul antigenului *Chlamydia*
b. Ș - Gonadotropină corionica umană (Ș -hCG)
c. Ecografia transvaginala
d. Radiografie abdominală
e. Observaţi-i durerea abdominală, dacă se rezolvă, descărcaţi-o cu un diagnostic de menstruaţie

92. Un bărbat obez în vârstă de 71 de ani este adus la urgenţă, plângându-se de dureri abdominale constante în cadranul mijlociu stâng, cu radiaţii în spate. Istoricul său medical este semnificativ pentru hipertensiune arterială, boli vasculare periferice, boala ulcerului peptic, pietre la rinichi şi calculi biliari. El fumează un pachet de ţigări şi consumă zilnic o halbă de votcă. TA este de 145/80 mm Hg, HR este de 90 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,9 ° F şi RR este de 16 respiraţii pe minut. Examenul abdominal este neremarcabil. Un ECG este citit ca ritm sinusal cu o HR de 88 de bătăi pe minut. O radiografie abdominală evidenţiază ansele normale ale intestinului şi calcifierea curbilinie a peretelui aortic. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Colica biliară
b. Nefrolitiază
c. Pancreatită
d. Obstrucţia intestinului subţire (SBO)
e. Anevrism de aortă abdominală

93. Un bărbat în vârstă de 51 de ani se prezintă la urgenţă plângându-se de dureri epigastrice care iradiază spre spate. El afirmă că bea zilnic un pachet de 6 bere. Bănuieşti că are pancreatită. TA este de 135/75 mm Hg, HR este de 90 de bătăi pe minut, temperatura este de 100,1 ° F şi RR este de 17 respiraţii pe minut. Rezultatele de laborator arată WBC 13.000/ ^ L, hematocrit 48%, trombocite 110/ p. L, amilază 1150 U/L, lipază 1450 UI, lactat dehidrogenază (LDH) 150 U/L, sodiu 135 mEq/L, potasiu 3,5 mEq/L, clorură 105 mEq/L, bicarbonat 23 mEq/L, creatina 1 mg/dL1, BUN15 mg/dL iar glucoza 125 mg/dL. Care dintre următoarele valori de laborator sunt cele mai specifice pentru pancreatită?

a. Amilază crescută
b. Hiperglicemie
c. Lipază crescută
d. LDH crescută
e. Leucocitoza

94. Un bărbat în vârstă de 51 de ani descrie o săptămână de agravare treptată a durerii scrotale și a disuriei. Este activ sexual cu soția sa. Temperatura lui este de 100,1 ° F, HR 81 bătăi pe minut, BP 140/75 mm Hg, iar saturația de oxigen este de 99% în aerul camerei. La examenul fizic, pielea lui scrotală este caldă și eritematoasă. Este prezent un reflex cremasteric. Testicului stâng posterior este umflat și sensibil la atingere. Ecografia Doppler color demonstrează creșterea fluxului sanguin testicular. Analiza urinei este pozitivă pentru esteraza leucocitară. Care este diagnosticul cel mai probabil?

a. Epididymitis
b. Testicular torsion
c. UTI
d. Testicular tumor
e. Varicocele

95. Un tanar de 22 de ani se prezinta la Urgenta plangandu-se de disurie timp de 3 zile. El afirmă că nu a mai avut niciodată acest sentiment. În prezent este activ sexual și folosește prezervativ de cele mai multe ori. El neagă hematuria, dar observă o scurgere gălbuie din uretra. TA este de 120/75 mm Hg, HR este de 60 de bătăi pe minut și temperatura este de 98,9 ° F. Trimiteți o analiză de urină de captură curată la laborator, care returnează pozitiv pentru esteraza leucocitară și 15 globule albe pe câmp de mare putere (WBCs/hpf). Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Trimiteți un tampon uretral pentru cultură și administrați 125 mg ceftriaxonă intramuscular și 1 g azitromicină pe cale orală.
b. Trimiteți urină pentru cultură și administrați SMX/TMP pe cale orală.
c. Eliberați pacientul cu instrucțiuni stricte să revină dacă simptomele acestuia se agravează.
d. Comandați o scanare CT pentru a evalua pentru o piatră la rinichi.
e. Pune-l să urmărească imediat un urolog pentru a evalua cancerul testicular.

96. O femeie de 40 de ani se prezintă la UR plângându-se de febră şi 1 zi de dureri din ce în ce mai severe în RUQ. Ea neagă greaţa sau vărsăturile şi nu are antecedente de intoleranţă la alimente grase. Pacientul s-a întors dintr-o călătorie în Mexic în urmă cu 6 luni. În urmă cu aproximativ 2 săptămâni, ea a avut diaree intermitentă cu mucus stricat de sânge. TA este de 130/80 mm Hg, HR este de 107 bătăi pe minut, temperatura este de 102 ° F şi RR este de 17 respiraţii pe minut. Examenul fizic dezvăluie scăderea sunetelor respiratorii peste baza plămânului drept. Examenul abdominal arată sensibilitate la percuţie peste RUQ şi zgomote intestinale active normale. Nu există niciun semn Murphy. WBC ei este de 20.500/ p L. Radiografia toracică evidenţiază un mic revărsat pleural drept. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Abces amibian
b. Colecistita
c. Cryptosporidium
d. Enterobiaza
e. Abces piogen

97. O femeie de 44 de ani este supusă unei evaluări diagnostice pentru 3 ore de durere abdominală. Ea a avut două episoade similare în ultimele 2 luni. Ea tolerează administrarea orală şi este febrilă. Ca parte a acestei evaluări, se efectuează o ecografie de diagnostic şi este prezentată mai jos. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Nefrolitiază
b. Pseudochist pancreatic
c. Chisturi ovariene
d. colelitiaza
e. Abces hepatic

98. O femeie în vârstă de 59 de ani se prezintă la urgenţă plângându-se de agravarea durerii abdominale inferioare în ultimele 3 zile. Ea descrie senzaţia de constipaţie recent şi unele arsuri când urinează. TA este de 135/75 mm Hg, HR este de 89 de bătăi pe minut, temperatura este de 101,2 ° F şi RR este de 18 respiraţii pe minut. Abdomenul ei este uşor întins, sensibil la LLQ şi pozitiv pentru sensibilitate la rebound. Scanarea CT este în concordanţă cu diverticulita cu un abces de 7 cm. Care dintre următoarele este cel mai potrivit management pentru această afecţiune?

a. Rezervaţi sala de operare pentru laparotomie emergentă.
b. Începeţi tratamentul cu ciprofloxacină şi metronidazol şi planificaţi drenarea abcesului ghidată de CT.
c. Daţi o doză IV de ciprofloxacină şi solicitaţi pacientului să urmărească medicul ei primar.
d. Începeţi tratamentul cu ciprofloxacină şi metronidazol şi planificaţi o clisma de bariu emergentă.
e. Începeţi tratamentul cu ciprofloxacină şi metronidazol şi pregătiţi-vă pentru o colonoscopie de urgenţă.

99. Un bărbat în vârstă de 29 de ani se prezintă la urgenţă plângându-se de durere RLQ timp de 24 de ore. El afirmă că durerea a început mai întâi ca un sentiment plictisitor în jurul ombilicului şi a migrat încet spre partea dreaptă. Nu are poftă de mâncare, este greaţă şi a vărsat de două ori. TA este de 130/75 mm Hg, HR este de 95 de bătăi pe minut, temperatura este de 100,9 ° F şi RR este de 16 respiraţii pe minut. WBC-ul său este de 14.000/ p L. Pe măsură ce palpezi LLQ-ul abdomenului pacientului, el afirmă că RLQ-ul lui este dureros. Care este numele acestui semn?

a. semn Blumberg
b. Semnul psoasului
c. Semnul obturator
d. semn Raynaud
e. Semnul de călătorie

100. Un bărbat de 60 de ani este adus la urgenţă plângându-se de dureri abdominale generalizate care apar în valuri. În ultimele 6 ore, a vărsat intermitent . TA este de 150/75 mm Hg, HR este de 90 de bătăi pe minut, temperatura este de 99,8 ° F şi RR este de 16 respiraţii pe minut. La examinarea abdominală, observaţi o cicatrice veche pe linia mediană de lungimea abdomenului, despre care el afirmă că provine de la o intervenţie chirurgicală după o rană prin împuşcătură în adolescenţă. Abdomenul este destins cu zgomote intestinale hiperactive şi sensibilitate uşoară fără recul. Un film simplu abdominal vă confirmă diagnosticul. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Începeţi resuscitarea cu fluide, decompresia intestinală cu o sondă nazogastrică şi solicitaţi un consult chirurgical.
b. Începeţi resuscitarea cu lichide, administraţi antibiotice cu spectru larg şi internaţi pacientul la serviciul medical.
c. Începeţi resuscitarea cu lichid, daţi pacientului un balsam pentru scaun şi administraţi o clismă rectală.
d. Începeţi resuscitarea cu lichid, administraţi antibiotice cu spectru larg şi observaţi pacientul timp de 24 de ore.
e. Comandă o ecografie abdominală, administrează antiemetice şi ameliorează durerea.

101. Un bărbat în vârstă de 73 de ani, care fumează câte 1 pachet pe zi şi are antecedente de hipertensiune arterială şi boală vasculară periferică, se prezintă la urgenţă plângând dureri la mijlocul abdomenului şi flancul drept. El afirmă că a avut aceeaşi durere acum 1 săptămână şi că a devenit atât de rău încât a leşinat. TA este de 125/75 mm Hg, HR este de 85 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,7 ° F şi RR este de 17 respiraţii pe minut. Examenul fizic evidenţiază un bătaie peste aorta abdominală şi o masă abdominală pulsatilă. Care dintre următoarele este testul iniţial cel mai potrivit pentru a evalua acest pacient?

a. Angiografie
b. Ultrasunete
c. RMN
d. Radiografie simplă

e. D-dimer

102. Un tânăr G3P1011 în vârstă de 25 de ani se prezintă la ED cu un istoric de 6 ore de agravare a durerii abdominale inferioare, mai ales în RLQ. Ea a observat și câteva pete vaginale în această dimineață. Are greață, dar nu a vărsat. Ultima ei menstruație a fost acum 2 luni, dar ciclurile ei sunt neregulate. Este activă sexual și are antecedente de boală inflamatorie pelvină. TA este de 120/75 mm Hg, HR este de 95 de bătăi pe minut, temperatura este de 99,2 ° F și RR este de 16 respirații pe minut. Abdomenul ei este sensibil la RLQ. Examenul pelvin - dezvăluie sensibilitate anexală dreaptă. Numărul ei de leucocite este ușor crescut și Ș -hCG este pozitiv. După stabilirea accesului IV, care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Sunați la sala de operare pentru a vă pregăti pentru laparoscopie
b. Comandați o scanare CT de urgență a abdomenului
c. Efectuați o ecografie transvaginală
d. Comandă o analiză de urină
e. Tamponează-i colul uterin și tratează pentru gonoree și *Chlamydia*

103. Un bărbat în vârstă de 59 de ani se prezintă la urgență plângându-se de vărsături și dureri abdominale ascuțite în zona epigastrică care au început brusc după prânz. El descrie senzația de greață și nu are poftă de mâncare. Rezultatele de laborator evidențiază leucocite 18.000/ p L, hematocrit 48%, trombocite 110/ p L, AST 275 U/L, ALT 125 U/L, fosfatază alcalină 75 U/L, amilază 1150 U/L, lipază 1450 U/L, sodiu 1450 U/L, LDH4000/L3, mL5 potasiu 3,5 mEq/L, clorură 110 mEq/L, bicarbonat 20 mEq/L, BUN 20 mg/dL, creatinina 1,5 mg/dL și glucoză 250 mg/dL. Care dintre următoarele rezultate de laborator se corelează cu cel mai prost prognostic?

a. Amilază 950, lipază 1250, LDH 400
b. Lipază 1250, LDH 400, bicarbonat 20
c. Lipaza 1250, creatinina 1,5, potasiu 3,5
d. WBC 18.000, LDH 400, glucoză 250
e. WBC 18.000, amilaza 950, lipaza 1250

104. O femeie în vârstă de 19 ani se prezintă la UR cu 1 oră de debut acut care agravează progresiv durerea în RLQ. Ea a făcut greață la scurt timp după durere și a vărsat de două ori în ultima oră. Ea a avut dureri similare, dar mai puțin severe în urmă cu 2 săptămâni, care s-au rezolvat spontan. TA este de 123/78 mm Hg, HR este de 99 de bătăi pe minut, temperatura este de 99,1 ° F și RR este de 16 respirații pe minut. La examenul fizic, pacientul pare inconfortabil, nemișcându-se pe targă. Abdomenul ei este nedistindet, sensibil sensibil, cel mai rău în RLQ. Examenul pelvin evidențiază un uter de mărime normală și sensibilitate moderată a anexelor pe partea dreaptă. Rezultatele de laborator arată WBC 10.000/ p L, hematocrit 38% și o analiză de urină negativă și Ș -hCG. Ecografia pelviană relevă un ovar drept mărit cu flux scăzut. Care dintre următoarele este cel mai potrivit management pentru acest pacient?

a. Admiteți la serviciul de ginecologie pentru observație
b. Administrați antibiotice IV și operați odată ce inflamația se rezolvă
c. Încercați detorsionare manuală
d. Comandați un CT abdominal
e. Chirurgie laparoscopică imediată

105. O tanara de 18 ani se prezinta la urgenta plangandu-se de aparitia acuta a durerii abdominale RLQ. Ea descrie, de asemenea, pierderea poftei de mâncare din ultimele 12 ore, dar neagă greața și vărsăturile. TA este de 124/77 mm Hg, HR este de 110 bătăi pe minut, temperatura este de 102,1 ° F, RR este de 16 respirații pe minut și saturația de oxigen este de 100% în aerul camerei. Examenul abdominal evidențiază sensibilitate abdominală inferioară bilateral. La examinarea pelviană, declanșați sensibilitate la mișcarea colului uterin și observați exsudatele cervicale. WBC ei este de 20.500/ p L și Ș -hCG este negativ. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Aduceți-o la sala de operație pentru o apendicectomie
b. Începeți terapia cu antibiotice
c. Efectuați o culdocenteză
d. Aduceți-o la sala de operație pentru o laparoscopie imediată
e. Comandați un film simplu pentru abdomen

106. Un bărbat de 73 de ani este văzut în UR pentru dureri abdominale, greață și vărsături. Simptomele lui s-au agravat progresiv în ultimele 2 până la 3 zile. Durerea este difuză și vine în valuri. El neagă febra sau frisoanele, dar are o - istorie de constipație. El nu raportează nicio flatus timp de 24 de ore. Examenul fizic se remarcă prin sensibilitate difuză și pază voluntară. Nu există tandrețe de revenire. O radiografie abdominală este văzută mai jos. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Constipation
b. SBO
c. Cholelithiasis
d. Large bowel obstruction
e. Inflammatory bowel disease

107. Un bărbat în vârstă de 25 de ani se prezintă la UR plângându-se de durere periumbilică surdă care a migrat la RLQ în ultima oră. Afirmă că nu are poftă de mâncare și a vărsat de două ori. TA este de 125/75 mm Hg, HR este de 87 de bătăi pe minut, temperatura este de 100,6 ° F și RR este de 16 respirații pe minut. Rezultatele de laborator arată WBC 11.000/ p L, hematocrit 48%, trombocite 170/ p. L. La examenul fizic, pacientul se plânge de durere când îi flexezi genunchiul cu rotație internă la șold. Care este numele acestui semn?

a. Obturator Psoas Rovsing McBurney Murphy
b. **108.** Un bărbat de 27 de ani este văzut în UR pentru o scurgere în jurul unui
c. tub G chirurgical care a fost plasat acum 2 săptămâni și a fost folosit pentru
d. hrănire enterală timp de 1 săptămână. Inspecția arată că tubul este scos din
e. stomă, dar se află încă în țesutul cutanat. Abdomenul este moale și

nedistindet şi nu există semne de infecţie a pielii. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Introduceţi un cateter Foley în tract şi aspiraţi. Dacă conţinutul gastric este aspirat , tubul poate fi folosit pentru hrănire.
b. Introduceţi un cateter Foley în tract, instilaţi contrastul solubil în apă şi obţineţi o radiografie abdominală înainte de a fi utilizat pentru hrănire.
c. Scoateţi tubul şi admiteţi pacientul pentru observaţie.
d. Scoateţi tubul şi obţineţi imediat o scanare CT a abdomenului.
e. Reveniţi la sala de operare pentru închiderea gastrotomiei şi plasarea unui nou tub.

109. Un bărbat în vârstă de 30 de ani se prezintă la urgenţă plângându-se de apariţia bruscă a balonării abdominale şi dureri de spate care durează 2 zile. Durerea l-a trezit din somn acum 2 nopti. Radiază de la spate la abdomen şi în jos spre scrot. Are dureri puternice şi vărsă. Temperatura lui este de 101,2 ° F şi HR este de 107 bătăi pe minut. O scanare CT evidenţiază o piatră obstructivă de 9 mm a ureterului stâng cu hidronefroză. Analiza urinei este pozitivă pentru 2+ sânge, 2+ leucocite, 2+ nitriţi, 40 până la 50 de leucocite şi multe bacterii . Administraţi medicamente pentru durere, antiemetice şi antibiotice. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Admiteţi pentru antibiotice IV şi posibilă îndepărtare chirurgicală a pietrei.
b. Observaţi în ED încă 6 ore pentru a vedea dacă piatra trece.
c. Descărcarea cu antibiotice şi medicamente pentru durere.
d. Eliberaţi pacientul cu instrucţiuni de a consuma cantităţi mari de apă.
e. Eliberaţi pacientul cu antibiotice, medicamente pentru durere şi instrucţiuni pentru a bea cantităţi mari de apă şi suc de afine.

110. Pentru care dintre următorii pacienţi este contraindicată scanarea CT abdominală?

a. Un bărbat de 52 de ani cu dureri abdominale după un traumatism contondent, evaluare focalizată negativă cu examen ecografic pentru traumatism (FAST), TA 125/78 mm Hg şi HR 109 bătăi pe minut
b. O femeie de 22 de ani cu durere RLQ, Ș -hCG negativ, temperatură 100,6 ° F
c. Un bărbat de 45 de ani cu dureri abdominale, temperatură 100,5 ° F, WBC 11.200/ p L, TA 110/70 mm Hg, HR 110 bătăi pe minut şi lipază 250 UI
d. Un bărbat de 70 de ani cu dureri abdominale, o masă pulsatilă de 11 cm în epigastriul , TA de 70/50 mm Hg şi HR de 110 bătăi pe minut
e. O femeie de 65 de ani, cu durere în flancul drept care iradiază în zona inghinală, microhe maturie, TA 165/85 mm Hg şi HR 105 bătăi pe minut

111. O femeie în vârstă de 71 de ani se prezintă la urgenţă cu 12 ore de vomă şi dureri abdominale. Temperatura ei este de 101,2 ° F, TA este de 100/79 mm Hg şi HR este de 104 bătăi pe minut. Examenul fizic evidenţiază o umflătură

sensibilă (2 x 2) cm cu eritem sub ligamentul inghinal şi distensie abdominală . Se aude ocazional un sunet intestinal înalt. După plasarea unei linii IV şi a sondei nazogastrice, care dintre următoarele este cel mai potrivit curs de management?

a. Administraţi antibiotice cu spectru larg şi apoi obţineţi o scanare CT a abdomenului
b. Administraţi antibiotice cu spectru larg şi încercaţi să reduceţi
c. Administraţi antibiotice cu spectru larg şi pregătiţi pacientul pentru sala de operare
d. Administraţi antibiotice cu spectru larg şi obţineţi o radiografie simplă
e. Administraţi antibiotice cu spectru larg şi observaţi

112. Lucrezi la ED într-o duminică după-amiază, când patru persoane prezintă vărsături acute şi dureri abdominale crampe. Au fost toţi la acelaşi picnic şi au mâncat majoritatea aceleaşi alimente. Vărsăturile au început la aproximativ 4 ore de la picnic. Ei neagă că au diaree. Credeţi că pot avea „intoxicaţii alimentare", aşa că plasaţi linii IV, administraţi fluide IV şi observaţi. În următoarele ore, pacienţii încep să se amelioreze, vărsăturile încetează şi durerile abdominale le dispar. Care dintre următoarele este cauza cea mai probabilă a prezentării lor?

a. Intoxicatia cu pestele scombroid
b. Toxiinfecţii alimentare cu stafilococ
c. Toxiinfecţia alimentară *cu Clostridium perfringens*
d. Campylobacter
e. Salmoneloza

113. Un bărbat de 63 de ani este adus la urgență de EMS, plângându-se de dureri abdominale severe care au început brusc acum 6 ore. TA este de 145/75 mm Hg, iar FC este de 105 bătăi pe minut și neregulată. La examinare, observați distensie abdominală ușoară și sensibilitate abdominală difuză, fără pază. Scaunul este hem pozitiv. Rezultatele de laborator arată WBC 12.500/ p L, hematocrit 48% și lactat 4,2 U/L. ECG arată fibrilația atrială la o rată de 110. O scanare CT este prezentată mai jos. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Anevrism de aortă abdominală
b. Ischemie mezenterica
c. Diverticulita
d. SBO
e. boala Crohn

114. O femeie de 23 de ani se prezintă la UR cu durere RLQ în ultimele 1 până la 2 zile. Durerea este asociată cu greață, vărsături, diaree, anorexie și o febră de 100,9 ° F Ea raportează, de asemenea, disurie. Pacientul s-a întors acum 1 lună dintr-o călătorie în Mexic. Este activă sexual cu un partener, dar nu folosește contracepție. Ea neagă sângerarea sau scurgerile vaginale. Ultima ei menstruație a fost acum aproximativ 1 lună. Are antecedente de pielonefrită. Pe baza principiilor medicinei de urgență, care sunt cele trei considerente prioritare în diagnosticul acestui pacient?

a. Perihepatită, gastroenterită, cistită
b. Sarcina extrauterina, apendicita, pielonefrita

c. Boală inflamatorie pelvină (BIP), gastroenterită, cistită
d. Sarcina extrauterina, BIP, crampe menstruale
e. Gastroenterită, dizenterie amibiană, crampe menstruale

115. O tânără de 24 de ani se prezintă la Urgenţe după ce a fost agresată sexual. Este o studentă universitară, fără antecedente medicale. TA este de 130/75 mm Hg, FC este de 91 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,6 ° F şi RR este de 16 respiraţii pe minut. La examinarea fizică observaţi traumatisme vaginale şi vânătăi şi escoriaţii împrăştiate. Care dintre următoarele medicamente ar trebui oferite pacientului în acest scenariu?

a. Ceftriaxonă, azitromicină, metronidazol, antiretrovirale, contracepţie de urgenţă
b. Ceftriaxonă, tetanos, metronidazol, antiretrovirale, contracepţie de urgenţă
c. Ceftriaxonă, azitromicină, tetanos, metronidazol, contracepţie de urgenţă
d. Ceftriaxonă, azitromicină, tetanos, antiretrovirale, contracepţie de urgenţă
e. Ceftriaxonă, azitromicină, tetanos, metronidazol, antiretrovirale, contracepţie de urgenţă

116. Un bărbat de 71 de ani se prezintă la urgenţă cu durere abdominală difuză, crampoasă, care a început la 1 oră după ce a luat prânzul astăzi. Durerea este intermitentă în ultimele 8 ore, cu o severitate crescândă. Se plânge, de asemenea, de greaţă şi frisoane şi a vărsat o dată în drum spre urgenţă. Nu a avut nicio mişcare intestinală sau flatus de când a început durerea. Antecedentele sale medicale includ cancer de prostată, protezare totală a şoldului stâng, apendicectomie în urmă cu 25 de ani, repararea anevrismului arterei iliace drepte în urmă cu 5 ani, repararea herniei incizionale în urmă cu 4 ani şi sindromul intestinului iritabil. Care dintre următoarele este cea mai frecventă cauză a SBO la adulţi?

a. Bezoar
b. Neoplasm
c. Hernie încarcerată
d. Ileus biliar
e. Adeziune

117. Un tânăr de 18 ani se prezintă la urgenţă cu greaţă şi vărsături, plângându-se de dureri testiculare din ultima oră care au început în timp ce juca volei. Îşi aminteşte că a avut o durere similară acum o săptămână, care s-a rezolvat spontan după 10 minute. El a fost recent bine şi nu raportează febră, diarree , frecvenţă urinară sau disurie. Examenul fizic evidenţiază semne vitale în limite normale. Pacientul apare într-un disconfort moderat, ţinându-şi scrotul. Abdomenul lui este moale şi lipsit de sensibilitate. Hemiscrotul său drept este umflat, eritematos şi sensibil sensibil. Nu se poate palpa testiculul separat de epididim. Reflexul cremasteric drept este absent. Testiculul său stâng are o minciună orizontală şi nu este sensibil. Suspectaţi torsiune testiculară. Care este modalitatea corectă de a încerca detorsionarea manuală?

a. Ridicaţi testiculul dureros până când există ameliorarea durerii.
b. Rotiţi testiculele într-o direcţie laterală spre medială, ca şi cum aţi închide o carte.
c. Rotiţi testiculele într-o direcţie medială spre laterală, ca şi cum aţi deschide o carte.
d. Rotiţi testiculele într-o direcţie inferioară spre superioară.
e. Rotiţi testiculele într-o direcţie superioară spre inferioară.

118. Următoarea este o radiografie a unui bărbat în vârstă de 72 de ani care s-a prezentat la urgență plângându-se de agravarea treptată a durerii de spate pe care o descrie ca fiind constantă și surdă. El neagă greața, vărsăturile, diareea și hematuria. Care dintre următoarele este un factor predispozant important pentru dezvoltarea afecțiunii observate la acest individ?

(Reproduced, with permission, from TintinalliJ, Kelen G, StapczynskiJ. Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide*. New York, NY:McGraw-Hill, 2004:407)*

a. Atherosclerosis
b. Hyperparathyroidism
c. Ethanol abuse
d. Prostate cancer
e. Hernia

119. O femeie de 22 de ani este adusă la urgență cu ambulanța plângându-se că a apărut brusc dureri abdominale severe timp de 1 oră. Durerea este în RLQ și nu este asociată cu greață, vărsături, febră sau diaree. La examenul pelvin palpezi o masă anexă dreaptă sensibilă. Ultima perioadă de structură a pacientului a avut loc acum 6 săptămâni. TA este de 95/65 mm Hg, HR este de 124 de bătăi pe minut, temperatura este de 99,8 ° F și RR este de 20 de respirații pe minut. Care dintre următorii sunt pașii următori cei mai adecvați în management?

a. Furnizează-i oxigen prin mască de față și administrează sulfat de morfină.
b. Se administrează sulfat de morfină, se comandă o tomografie abdominală cu

contrast şi chemaţi un consult chirurgical de urgenţă.

c. Trimiteţi urina pacientului pentru analiză şi comandaţi un CT abdominal.
d. Bolus 2-L NS, comandaţi un tip şi crossmatch şi Ş -hCG, şi sunaţi la ginecologie pentru o eventuală intervenţie chirurgicală.
e. Furnizaţi oxigen prin mască de faţă, administraţi sulfat de morfină şi comandaţi o ecografie transvaginală.

120. O femeie de 33 de ani se prezintă la UR plângându-se de febră, vărsături şi agravarea treptată a durerii RUQ. Ea afirmă că durerea ei iradiază spre spate. TA este de 130/75 mm Hg, HR este de 90 de bătăi pe minut, temperatura este de 100,9 ° F şi RR este de 17 respiraţii pe minut. În timp ce îi examinezi abdomenul îi palpezi RUQ şi observi că îşi opreşte momentan inspiraţia. Cum se numeşte acest semn clasic?

a. Semnul Grey-Turner
b. semnul Kernig
c. semnul McMurray
d. Semnul Murphy
e. Semnul McBurney

121. O fată de 21 de ani se prezintă la urgenţă plângându-se de diaree, crampe abdominale, febră, anorexie şi scădere în greutate timp de 3 zile. TA este de 127/75 mm Hg, HR este de 91 de bătăi pe minut şi temperatura este de 100,8 ° F. Abdomenul ei este moale şi nesensibil, fără recul sau pază. WBC este 9200/ p. L, Ş -hCG este negativ, analiza urinei este neremarcabilă, iar scaunul este guaiac pozitiv. Ea vă spune că a avut această prezentare similară de patru ori în ultimele 2 luni. Care dintre următoarele manifestări extraintestinale este asociată cu boala Crohn, dar nu cu colita ulceroasă?

a. Spondilita anchilozantă
b. Eritem nodos
c. Nefrolitiază
d. Boala tromboembolica
e. uveita

122. O tanara de 23 de ani se prezinta la Urgenta plangandu-se de durere la urinare . Ea nu are alte plângeri. Simptomele ei au început acum 3 săptămâni. În acest timp, ea a fost la clinică de două ori, cu uroculturi negative de fiecare dată. Starea ei nu s-a îmbunătăţit cu antibiotice cu sulfonamide sau chinolone. Examenul fizic este normal. Care dintre următoarele organisme este cel mai probabil responsabil pentru simptomele pacientului?

a. *Staphylococcus aureus*
b. Virusul herpes simplex
c. *Trichomonas vaginalis*
d. *Escherichia coli*
e. *Chlamydia trachomatis*

123. Un bărbat de 43 de ani se prezintă la urgenţă plângându-se că durerile abdominale se agravează progresiv în ultimele 2 zile. Durerea este constantă şi iradiază spre spate. De asemenea, descrie greaţa şi vărsăturile şi afirmă că de obicei bea 6 pachete de bere pe zi, dar nu a băut de 2 zile. TA este de 144/75 mm Hg, HR este de 101 bătăi pe minut, temperatura este de 99,8 ° F şi RR este de 14 respiraţii pe minut. Stă întins pe o parte, cu genunchii flectaţi. Examenul arată pază voluntară şi sensibilitate la palparea epigastrului său. Rezultatele de laborator arată WBC 10.500/ p L, hematocrit 51%, trombocite 225/ p L şi lipaza 620 UI. O radiografie abdominală dezvăluie un model nespecific de gaze intestinale. Nu există aer liber sub diafragmă. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Observaţi în ED
b. Trimite acasă cu terapie cu antibiotice
c. Se interna la spital pentru endoscopie
d. Se interna la spital pentru laparotomie exploratorie
e. Admiteţi la spital pentru management medical şi îngrijire de susţinere

Dureri abdominale și pelvine

Răspunsuri

74. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp 1288-1293.)* Există o suspiciune ridicată că această pacientă are **ischemie mezenterică,** secundară unui **tromboembol** din **fibrilația ei atrială.** Pacientul tipic cu ischemie mezenterică poate prezenta inițial „durere disproporționată față de examinare" (adică, deși pacientul are dureri, abdomenul nu este nici rigid, nici sensibil sensibil la examenul fizic). Distensia abdominală și semnele peritoneale sunt constatări tardive și semnalează prezența infarctului intestinal **. peretele intestinal (pneumatoza intestinală)** sau în sistemul venos portal sugerează puternic infarct intestinal. Aceasta este o urgență chirurgicală!

(a, b, c și e) Acestea sunt posibile constatări ale radiografiei la pacienții cu infarct intestinal, deși mai puțin sensibile și specifice pentru infarct comparativ cu pneumatoza intestinală.

75. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp 1301-1318.) Bolile* **diareice virale** sunt responsabile pentru majoritatea tuturor episoadelor acute de diaree. *Rotavirusul,* de obicei o boală a copiilor mici și **virusul Norwalk** sunt cei mai frecventi agenți etiologici. În plus, adenovirusul enteric este o cauză frecventă a troenteritei gazoase. Deși deshidratarea este o complicație frecventă, aceste boli sunt de obicei autolimitate, necesitând doar îngrijire de susținere.

(c, d și e) Cauzele bacteriene ale bolii diareice cuprind aproximativ 20% din toate cazurile. **(a)** Cauzele parazitare sunt mult mai frecvente în afara Statelor Unite.

76. **Răspunsul este d.** *(Tintinalli, pp. 508-511.)* Corpurile străine tind să se adăpostească sau să impacteze în locurile în care are loc îngustarea esofagiană. La adult, **sfincterul esofagian inferior** este **cel mai frecvent loc pentru impacturi.** Când are loc impactul, pacienții simt de obicei un oarecare disconfort, uneori dureri substernale în piept, anxietate și disfagie progresivă. De cele mai multe

ori, pacientul poate localiza cu precizie poziţia corpului străin impactat.

(a, b şi c) Acestea sunt toate domeniile de impact alimentar. Cricofaringianul este cel mai frecvent loc de impactare la copiii sub 4 ani. Sfincterul piloric **(e)** nu este considerat parte a esofagului; mai degrabă ajută la reglarea trecerii alimentelor de la stomac la duoden. Aceasta poate fi, de asemenea, o zonă de obstrucţie, ca şi în cazul stenozei pilorice, dar este probabil să se prezinte cu vărsături caracteristice „proiectile" în copilărie.

77. Răspunsul este d. *(O'Brien, 2007.)* Prezentarea pacientului constă în **cetoacidoză alcoolică (AKA).** Aceasta este o acidoză metabolică acută care apare în mod obişnuit la persoanele care (1) abuzează cronic de alcool şi au un **istoric recent de consum excesiv de alcool,** (2) au consumat puţin sau **deloc alimente** şi (3) au avut vărsături persistente. AKA se caracterizează prin niveluri crescute de cetone serice şi un decalaj anionic ridicat (f AG = Na - [HCO3 + Cl] > 12). O alcaloză metabolică concomitentă este frecventă, secundară vărsăturilor şi depleţiei de volum. AKA este rezultatul (1) înfometării cu scăderea glicogenului şi producţia de hormoni contrareglatori; (2) un raport NADH/NAD+ crescut (legat de metabolismul etanolului); şi (3) epuizarea volumului, rezultând cetogeneză. Simptomele tipice şi constatările fizice se referă la scăderea volumului şi abuzul cronic de alcool şi includ greaţă, vărsături , dureri abdominale şi/sau hematemeză. Mirosul fructat al cetonelor poate fi prezent pe respiraţia pacientului. Starea psihică a pacientului poate fi afectată. De asemenea, cu prezentarea sunt asociate dispneea, tremorul şi ameţelile. Pacienţii prezintă rareori dureri musculare, febră, diaree, sincopă, convulsii sau melenă. În AKA, raportul de formare a Ș -hidroxibutirat (Ș -OH)/ acetat de acetil (AcAc) este de 5:1. Reacţia nitroprusiatului (Acetest) poate fi negativă sau doar slab pozitivă pentru cetonele serice, deoarece partea de nitroprus reacţionează cu AcAc, dar nu şi cu Ș -OH. Prin urmare, cetoza poate fi mai severă decât s-ar deduce doar dintr-o reacţie cu nitroprusiat.

Odată stabilit diagnosticul de cetoacidoză alcoolică, **principalul tratament este (b) hidratarea cu 5% dextroză în soluţie salină normală (D 5 NS sau 1/2 NS) .** Odată cu terapia iniţială, formarea cetonelor se deplasează către producerea de AcAc, astfel încât nivelurile măsurate de cetone cresc, deşi nivelurile de Ș -OH scad. Înlocuirea carbohidraţilor şi a lichidelor inversează tulburările patofiziologice care duc la AKA prin creşterea nivelului seric de insulină şi suprimarea eliberării glucagonului şi a altor hormoni contrareglatori. Dextroza stimulează oxidarea NADH şi ajută la normalizarea raportului NADH/NAD+.

Ca tratament suplimentar, suplimentarea cu tiamină trebuie administrată ca profilaxie împotriva encefalopatiei Wernicke. În general, insulina exogenă este contraindicată în tratamentul AKA deoarece poate provoca hipoglicemie care

pune viaţa în pericol la pacienţii cu rezerve de glicogen epuizate.

Lichidele singure **(a, b şi c)** nu corectează AKA la fel de repede ca fluidele şi carbohidraţii combinaţi, făcând astfel tipul de soluţie destul de relevant **(e)** pentru gestionarea acestui pacient într-adevăr.

78. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp 1266-1268.)* Istoricul pacientului şi examenul fizic sunt în concordanţă cu **colecistita acută.** Datorită valorii predictive slabe a anamnezei, a constatărilor fizice şi de laborator în colecistită, cel mai important test pentru diagnostic este suspiciunea clinică puternică şi **imagistica cu ultrasunete.** Este rapidă şi neinvazivă. Ecografia poate indica prezenţa calculilor biliari de până la 2 mm, îngroşarea şi distensia peretelui vezicii biliare şi lichid pericolechistic.

(b) Scanarea CT poate fi utilă atunci când există alte tulburări intra-abdominale în considerare. Cu toate acestea, sensibilitatea unui CT este mai mică decât cea a ultrasunetelor la diagnosticarea colecistitei acute. **(c)** RMN-ul nu are de obicei niciun rol în diagnosticul colecistitei acute. **(d)** Colescintigrafia radioizotopică (scanarea HIDA) are o sensibilitate şi o specificitate mai mari decât ultrasunetele, ceea ce o face cel mai precis studiu pentru colecistită; este însă rezervată cazurilor în care ultrasunetele sunt negative sau echivoce. **(a)** Radiografiile simple demonstrează pietre în vezica biliară doar mai puţin de 25% din timp.

79. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp. 1414-1422.)* Istoricul pacientului de durere în flanc cu colici care iradiază în zona inghinală şi hematurie este în concordanţă cu o **piatră ureterală. Analgezia** adecvată este esenţială în tratarea unui pacient cu o piatră ureterală. **Ketorolac** intravenos , un medicament antiinflamator nesteroidian (AINS), este frecvent administrat ca analgezic de primă linie, dar morfina poate fi necesară pentru durerea continuă. Pe lângă analgezia lor, AINS scad ureterospasmul şi presiunea capsulară renală în rinichiul obstrucţionat. Antiemetice, cum ar fi metoclopramida, ajută la greaţă şi vărsături.

(a) Apendicita este puţin probabilă cu un abdomen moale, nesensibil şi fără febră. Un CT abdominal **(b)** va fi probabil necesar, dar durerea pacientului trebuie controlată mai întâi. Un anevrism de aortă abdominală **(d)** se poate prezenta cu durere de flanc, totuşi este foarte rar la un bărbat de 31 de ani. Torsiunea testiculară **(e)** trebuie întotdeauna luată în considerare la un pacient cu dureri inghinale. În acest caz, o piatră este mai în concordanţă cu istoria.

80. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp 1176-1185.)* Triada **clasică** a unui **anevrism de aortă abdominală rupt (AAA)** este **durerea, hipotensiunea** şi o **masă abdominală pulsatilă.** Uneori, pacienţii au doar una sau două dintre componente şi ocazional

pot să nu aibă niciuna. Majoritatea pacienţilor care sunt diagnosticaţi cu AAA sunt asimptomatici. Cu toate acestea, ruptura este adesea prima manifestare a unui AAA. Majoritatea pacienţilor cu un AAA rupt experimentează dureri în abdomen, spate sau flanc. De obicei este acută la debut şi severă. Aproximativ 20% din timp, pacienţii se prezintă la urgenţă cu sincopă. Pacienţii cu ruptură de AAA sunt instabili până când aorta lor este prinsă încrucişat în bloc operator. Prin urmare, orice pacient **instabil hemodinamic cu un** AAA diagnosticat sau puternic suspectat trebuie **dus imediat la sala de operare.**

(a) O scanare CT este excelentă pentru diagnosticarea AAA la pacienţii stabili. **(b)** Angiografia nu are niciun rol în evaluarea de urgenţă a unui pacient suspectat de ruptură de AAA. **(c)** O radiografie abdominală poate ajuta la diagnosticarea unui AAA. Cu toate acestea, atunci când există suspiciuni clinice ridicate şi pacientul este instabil din punct de vedere hemodinamic, pacientul trebuie adus la sala de operare. **(e)** Pacientul nu se plânge de durere în piept şi ECG-ul său nu este în concordanţă cu un eveniment coronarian acut. Prin urmare, cateterismul cardiac nu este necesar.

81. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp 1283-1287.)* Pacientul prezintă constatările clinice ale **SBO:** vărsături, dureri abdominale intermitente crampe, distensie abdominală, zgomote intestinale hiperactive şi sensibilitate generală. Cea mai frecventă cauză a SBO în ţările dezvoltate sunt **aderenţele postoperatorii,** responsabile pentru mai mult de 50% din totalul SBO. Există o incidenţă deosebit de mare a SBO după **intervenţii chirurgicale ginecologice,** cum ar fi **histerectomia.**

Herniile **(d)** sunt a doua cea mai frecventă cauză de obstrucţie. Călătorind în Mexic **(a)** vă poate provoca diaree şi dureri abdominale de la enterite . Abuzul de etanol **(b)** poate duce la dureri abdominale din multe cauze, cum ar fi gastrita. Constipaţia **(e)** nu va produce zgomote intestinale hiperactive aşa cum se vede în obstrucţie.

82. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp 1256-1258.)* Prezentarea clinică a pacientului - este în concordanţă cu **hepatita alcoolică,** care este o formă potenţial severă de boală hepatică indusă de alcool. Majoritatea oamenilor rămân subclinici, dar prezentarea variază de la greaţă şi vărsături până la hepatită fulminantă şi insuficienţă hepatică. Testele de laborator evidenţiază de obicei creşteri moderate ale AST şi ALT. De obicei, în hepatita alcoolică, **AST este mai mare decât ALT** (gândiţi-vă la „scotch" şi „tonic" pentru AST > ALT). Pacientul prezintă stigmate ale bolii alcoolice cronice observate de ginecomastie şi angiomate de păianjen.

Managementul este în principal **de susţinere,** cu corectarea oricăror dezechilibre fluide sau electrolitice, acordând o atenţie deosebită glicemiei (etanolul poate

suprima gluconeogeneza) şi magneziului. Tiamina poate fi, de asemenea, deficitară la alcoolicii cronici.

Aspirarea stomacului pacientului cu o sondă nazogastrică **(a)** nu este indicată şi nu trebuie efectuată. Scanarea HIDA **(b)** este cel mai precis test pentru stabilirea diagnosticului de colecistită. Cu toate acestea, înainte de efectuarea unei HIDA, persoanele cu suspiciune de colecistită ar trebui să fie supuse unei ecografii. Cu excepţia cazului în care aceasta este o expunere cunoscută a acului sau a mucoasei, imunoglobulina pentru hepatită **(c)** nu este indicată în mod acut. Titlurile de hepatită virală **(d)** pot fi extrase în ambulatoriu dacă sunt suspecte pentru o infecţie virală.

83. **Răspunsul este e.** *(Rosen, p. 1261.)* Analiza lichidului abdominal şi - prezentarea clinică sunt în concordanţă cu **peritonita bacteriană spontană (SBP)** . Se recomandă începerea tratamentului cu antibiotice pentru PAS dacă numărul de neutrofile este mai mare de 250 celule/mm ^{3} . Organismele cauzale includ enterococul gram negativ, cum ar fi *E coli* şi *Klebsiella,* precum şi *Streptococcus* sp. şi *Streptococcus pneumoniae.* Prin urmare, cel mai potrivit antibiotic pentru tratament este o **cefalosporină de generaţia a treia,** cum ar fi **cefotaxima.**

84. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp. 1422-1423.)* Torsiunea testiculară este o urgenţă **chirurgicală** . Există două perioade de vârf în care este probabil să apară torsiune, primul an de viaţă şi la pubertate. **Detorsionarea manuală** poate fi încercată în majoritatea cazurilor în timp ce se organizează îngrijirea definitivă. După o analgezie adecvată, testiculul anterior trebuie răsucit lateral, ca la deschiderea unei cărţi. **Ecografia Doppler color** este cel mai bun test de alegere în majoritatea spitalelor. Evaluarea imediată şi trimiterea către un urolog este esenţială.

Administrarea de ceftriaxonă şi doxiciclină **(a)** şi tamponarea uretrei **(b)** este tratamentul corect pentru uretrita. O analiză de urină **(c)** ar trebui trimisă la majoritatea pacienţilor cu dureri scrotale, dar în acest caz diagnosticul de torsiune are prioritate. Deşi epididimita **(d)** şi torsiunea au prezentări similare , epididimita are de obicei un debut mai mult treptat, atingând un vârf în câteva zile. Epididimita este cel mai frecvent diagnostic eronat al torsiunii testiculare.

85. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp 1293-1297.)* Apendicita este cea mai frecventă cauză a abdomenului chirurgical acut. Poate apărea la orice vârstă, dar este cel mai răspândită la adolescenţi şi douăzeci de ani. În mod clasic, este descrisă ca începând cu debutul vag al **durerii periumbilicale surde care migrează către RLQ.** Este asociat cu anorexie, greaţă şi vărsături. Se poate dezvolta o febră de grad scăzut. Ar trebui să suspectaţi apendicită la orice pacient cu durere RLQ. Aproximativ 90% dintre pacienţi au un WBC > 10.000/mm ^{3} , deşi, WBC poate fi normal în apendicită. Analiza urinei poate ajuta la diferenţierea bolilor tractului

urinar de apendicita acută, deşi o piurie uşoară poate fi observată în apendicită dacă apendicele irită ureterul. **CT abdominal cu contrast IV şi oral sau rectal** este raportat că are o sensibilitate de până la 100% şi o specificitate de 95%. Constatările CT ale apendicitei includ un apendice mărit (> 6 mm), inflamaţie pericecală şi prezenţa unui apendicolit.

(a) Ansele intestinale dilatate sugerează o obstrucţie intestinală. **(b)** Mulţi pacienţi care în cele din urmă sunt diagnosticaţi cu apendicită au crezut iniţial că au avut toxiinfecţii alimentare. Dacă există o suspiciune clinică scăzută pentru apendicită şi gastrită este mai probabilă, este rezonabilă administrarea unui antiacid şi observarea . Cu toate acestea, orice modificare în examinarea clinică ar trebui să fie atribuită unui proces mai semnificativ. **(c)** Ecografia abdominală este utilizată iniţial la femeile însărcinate şi la copiii cu suspiciune de apendicită. Sensibilitatea şi specificitatea sa se apropie de 90%, dar pot exista studii inadecvate ca urmare a habitusului corporal sau cu un apendice retrocecal. **(e)** Ar fi nepotrivit să externaţi acest pacient acasă fără a evalua mai întâi pentru apendicită.

86. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp 1265-1267.)* Tabloul clinic al pacientului este în concordanţă cu **colica biliară** din cauza trecerii pietrelor mici din vezica biliară prin canalul cistic în canalul biliar comun. Termenul de colică este o denumire greşită, deoarece aceşti pacienţi au de obicei o durere constantă, mai degrabă decât o durere intermitentă. Durerea este prezentă în RUQ şi adesea se referă la baza scapulei. Rezultatele de laborator sunt de obicei normale. Ecografia dezvăluie pietre în vezica biliară fără alte patologii. Pacienţii pot fi de obicei trimişi acasă cu medicamente pentru durere şi sunt instruiţi să evite alimentele grase.

Colangita **(a)** se prezintă de obicei cu triada durerii RUQ, icter şi febră. Urolitiaza **(b)** poate mima colica biliară; cu toate acestea, prezenţa pietrelor în vezica biliară a pacientului face mai probabil colica biliară. Cholecys titis **(c)** este o inflamaţie a vezicii biliare, care poate fi observată de obicei la ecografie ca un perete îngroşat al vezicii biliare, distensie şi lichid pericolechistic. Boala ulcerului peptic **(e)** se prezintă de obicei cu dureri epigastrice arzătoare.

87. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp 1272-1279.)* Tabloul clinic al pacientului este în concordanţă cu **pancreatita acută,** o inflamaţie şi autodistrugerea

pancreasul prin enzimele sale digestive. Există mulţi factori de risc pentru pancreatita , cei mai frecventi fiind calculii biliari şi alcoolul, care reprezintă mai mult de 80% din cazuri. Pancreatita poate fi împărţită în uşoară şi severă, definită prin prezenţa insuficienţei de organ sau a complicaţiilor locale, cum ar fi necroza, pseudochistul sau abcesul. Ar trebui suspectat la toţi pacienţii cu dureri epigastrice. Creşterea lipazei, o enzimă pancreatică, este utilizată pentru a pune diagnosticul de pancreatită. La cinci ori limita superioară a normalului, specificitatea lipazei se apropie de 100% pentru pancreatită.

Anevrismele de aortă abdominală **(a)** pot provoca dureri epigastrice cu radiaţii în spate; cu toate acestea, creşterea lipazei nu este observată. Ischemia mezenterică **(b)** poate provoca pancreatită prin diminuarea fluxului sanguin către pancreas. Aceşti pacienţi sunt de obicei foarte prost şi se plâng de dureri abdominale disproporţionate faţă de examenul fizic. Perforaţia intestinală **(d) se prezintă** de obicei cu durere abdominală generalizată bruscă asociată cu un abdomen rigid. Colecistita **(e)** se prezintă de obicei cu durere RUQ asociată cu obstrucţia ductului cistic.

88. **Răspunsul este d.** *(Rosen, p. 226.)* Tabloul clinic al pacientei este în - concordanţă cu **torsiunea ovariană.** Acest fenomen este cel mai frecvent la femeile în vârstă de douăzeci de ani. Este cauzată de **răsucirea ovarului pe tulpina sa,** ceea ce duce la ocluzia drenării venoase din ovar. Acest lucru duce la edem ovarian, hemoragie şi necroză. Cele mai multe apar în prezenţa unui ovar mărit (adică, ca urmare a unui chist, abces sau tumoră). Pacienţii pot prezenta un istoric de durere similară care s-a rezolvat spontan. Prima alegere pentru a diagnostica torsiunea ovariană este cu **ultrasunete Doppler** pentru a demonstra scăderea sau absenţa fluxului sanguin la ovar. De asemenea, poate identifica o masă ovariană. Dacă suspiciunea de torsiune ovariană este mare, pacienta poate fi supusă imediat laparoscopiei, care este diagnostică şi potenţial terapeutică.

(a) Scanarea CT poate fi necesară dacă studiile Doppler sunt echivoce. Cu toate acestea, dacă se suspectează torsiune, individul trebuie să fie supus unei laparoscopii, care este procedura de diagnostic definitivă. **(b)** RMN şi **(c)** radiografie nu au niciun rol în diagnosticul de torsiune ovariană. Dacă există suspiciuni clinice suficient de mari , iar testele de diagnosticare sunt echivoce, laparoscopia **(e)** poate fi utilizată pentru a vizualiza ovarele in vivo.

89. **Răspunsul este e.** *(Tintinalli, p. 582.)* Complicaţiile potenţiale ale colonoscopiei includ hemoragia, perforaţia, abcesul retroperitoneal, pneumoscrotul, pneumotoraxul, volvulusul şi infecţia. **Perforarea colonului cu pneumoperitoneu** este de obicei evidentă imediat, dar poate

ia câteva ore pentru a se manifesta. Perforarea este de obicei secundară bolii intrinseci a colonului (de exemplu, diverticulită) sau manipulării viguroase în timpul colonoscopiei. Majoritatea pacienţilor necesită o laparotomie imediată. Cu toate acestea, managementul anticipat este adecvat la unii pacienţi cu o prezentare tardivă (1-2 zile mai târziu) sau fără semne de peritonită. Radiografia din figură arată **aerul sub diafragmă,** care este patognomonic pentru pneumoperitoneu.

Colangita ascendentă **(a)** şi pancreatita **(d)** pot apărea ca o complicaţie a colangiopancreatografia retrogradă endoscopică (CPRE). **(b)** Nu există dovezi de edem pulmonar în această radiografie. **(c)** Insuficienţa hepatică cu ascită nu provoacă pneumoperitoneu.

90. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp 1268-1269.)* Tabloul clinic al pacientului este în concordanţă cu **colangita,** care este cauzată de o obstrucţie a tractului biliar care duce la infecţie bacteriană. Obstrucţia este de obicei secundară unei pietre, dar poate fi din cauza malignităţii sau stricturii. Colangita este o urgenţă chirurgicală **Triada** clasică de constatări fizice descrisă de **Charcot** este **durerea RUQ, febra şi icterul.** Sepsisul este o complicaţie frecventă. Ecografia poate prezenta dilatare intrahepatică sau ductală. Prezenţa pietrelor în vezica biliară sugerează obstrucţia ca etiologie.

Există o suprapunere în prezentarea clinică cu colecistita **(a),** totuşi , prezenţa icterului şi evidenţa dilataţiei canalelor comune şi intrahepatice - care nu sunt caracteristice colecistitei - este utilă pentru a o distinge de colangită. Hepatita acută **(b)** nu va avea aceleaşi constatări ecografice observate în colangită. Cancerul pancreatic **(d)** se poate prezenta cu icter, dar de obicei este nedureros. Obstrucţia intestinală **(e) se prezintă,** în general, cu dureri abdominale intermitente, vărsături şi distensie.

91. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp. 2416-2419.)* **Ş - Gonadotropina cronică umană (Ş -hCG)** trebuie obţinută la toate femeile de vârstă fertilă care prezintă dureri abdominale sau sângerare vaginală. Din punct de vedere diagnostic, este unul dintre cele mai importante teste la pacientele de sex feminin. Un test de sarcină pozitiv în cazul durerii abdominale şi al sângerării vaginale necesită ca medicul să excludă o sarcină extrauterină. Chiar dacă pacienta afirmă că foloseşte întotdeauna prezervative în timpul actului sexual, există totuşi un mic risc de sarcină.

(a) Femeile cu dureri abdominale inferioare şi scurgeri vaginale pot avea cervicita sau boală inflamatorie pelvină şi necesită un test pentru antigenul *Chlamydia* . Cu toate acestea, trebuie efectuată mai întâi un examen pelvin. **(c)** Cu un test de sarcină pozitiv, ecografia transvaginală este următorul pas în

management. Acesta este utilizat pentru a detecta o sarcină intrauterină Dacă nu este detectată nicio sarcină intrauterină, suspiciunea pentru o sarcină ectopică creşte. **(d)** O radiografie abdominală poate fi obţinută mai târziu în timpul examinării, dar nu este indicată în prezent . **(e)** Observarea nu este o opţiune acceptabilă la niciun pacient cu dureri abdominale nediferenţiate şi sângerare vaginală. Este imperativ ca medicul să excludă o sarcină extrauterină la acest individ.

92. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp. 1176-1185.)* Pacientul prezintă factori de risc multipli pentru un **AAA: vârsta > 60 de ani, sexul masculin, hipertensiune arterială, fumatul de ţigară** şi **boală arterială periferică.** În mod clasic, AAA se prezintă cu dureri abdominale constante, deseori localizate în cadranul stâng, mijlociu sau inferior, cu radiaţii către spate. Examenul fizic poate evidenţia o **masă abdominală pulsatilă.** Pacienţii se pot prezenta instabili dacă anevrismul se scurge sau se rupe, necesitând un tratament de urgenţă în sala de operare. Dovada unui AAA este observată pe radiografie simplă în aproximativ 66% până la 75% din timp. Cele mai frecvente constatări sunt calcificarea curbilinie a peretelui aortic sau o masă de ţesut moale paravertebral. Ecografia şi CT sunt cele mai bune instrumente de diagnostic pentru pacientul stabil.

(a) Colica biliară apare în RUQ şi durează de obicei mai puţin de 6 ore. **(b)** Durerea unei pietre la rinichi este de obicei descrisă ca fiind de natură colică. Durerea începe de obicei în flanc şi iradiază în zona inghinală. **(c)** Pancreatita se prezintă în mod obişnuit cu durere epigastrică mijlocie care iradiază spre spate şi este asociată cu greaţă şi vărsături. **(d)** SBO este diagnosticat pe radiografie prin evidenţierea anselor intestinale dilatate, a nivelului fluidului aerian şi a îngroşării peretelui intestinal.

93. **Răspunsul este c.** *(Rosen, p. 1276.)* **Lipaza este o enzimă pancreatică** care hidrolizează trigliceridele. În prezenţa inflamaţiei pancreatice, aceasta creşte în 4 până la 8 ore şi atinge vârful la 24 de ore. La **cinci ori limitele superioare ale normalului,** lipaza este **60% sensibilă şi 100% specifică** pancreatitului . Diagnosticul se pune de obicei cu o lipază de două ori mai mare decât limita normală, crescând astfel sensibilitatea acesteia.

(a) Creşterile de amilază sunt specifice de aproximativ 70% pentru diagnosticul pancreatitei. **(b, d şi e)** sunt toate valorile de laborator care sunt utilizate în prognosticul pancreatitei, nu pentru diagnosticul acesteia.

94. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp 1423-1425.)* Pacientul are **epididimita.** Este adesea dificil să distingem epididimita de torsiune testiculară şi clinicianul ar trebui întotdeauna să excludă mai întâi torsiunea dacă diagnosticul este pus la

îndoială. Este cel mai frecvent diagnostic greşit pentru torsiune testiculară. Epididimita este, în general, o boală a bărbaţilor adulţi. Organismul cauzal la bărbaţii peste 35 de ani este *E coli,* în timp ce *C trachomatis* şi *Neisseria gonorrhoeae* predomină la bărbaţii sub 35 de ani. Pacientul mai în vârstă poate avea antecedente de manipulare a tractului uretritei gonococice (GU) sau antecedente de prostatită. Debutul este de obicei gradual, iar simptomele tractului urinar pot preceda durerea.

Torsiunea testiculară **(b)** ar trebui să fie întotdeauna pe diferenţă pentru un pacient cu durere scrotală. Cu toate acestea, este exclusă la acest pacient prin prezenţa fluxului sanguin pe Doppler color. Infecţiile urinare la bărbaţi **(c),** în absenţa traumei sau a instrumentelor sunt rare. Durerea scrotală nu este de obicei prezentă. Tumorile testiculare **(d)** sunt adesea diagnosticate eronat ca epididimita. Ele apar de obicei la bărbaţii de vârstă mijlocie şi au o prevalenţă mai mare la pacienţii cu criptorhidie. Doppler-ul color poate adesea distinge o tumoare de epididimita . Un varicocel **(e)** este o umflare nedureroasă a scrotului care este cauzată de dilatarea şi alungirea venelor plexului pampiniform. Varicocelul este mai frecvent pe partea stângă, deoarece vena spermatică stângă se drenează în vena renală stângă, în timp ce cea dreaptă se scurge în vena cavă inferioară. Persoanele pot fi asimptomatice sau se pot plânge de o durere scrotală sau de greutate . Se crede că varicocelul poate scădea producţia de spermă.

95. Răspunsul este a. *(Rosen, pp 1413-1414.)* Disuria la bărbaţi tineri este aproape întotdeauna din cauza **uretritei,** care este cauzată de obicei de o **boală cu transmitere sexuală.** Uretrita este împărţită în mod clasic în tipuri gonococice (GU) şi nongonococice (NGU). GU este cauzată de *N gonorrhoeae,* în timp ce principalul agent patogen din NGU este *C trachomatis.* Aproape toţi bărbaţii cu GU au scurgeri uretrale purulente. NGU poate fi asimptomatică sau cu o - scurgere galbenă, mucopurulentă. S-a demonstrat în mai multe studii că cei doi agenţi patogeni coexistă la bărbaţii cu uretrită până la 50% din timp. Prin urmare, antibioticele ar trebui să fie îndreptate spre eliminarea ambelor organisme. O cefalosporină de a treia generaţie sau ciprofloxacină ca doză unică este utilizată pentru a trata GU. Antibioticele comune utilizate pentru tratarea NGU includ azitromicina în doză unică şi doxiciclina sau eritromicina timp de 7 zile.

(b) Această alegere ar putea fi corectă dacă bănuiţi că un pacient are ITU. Cu toate acestea, un tânăr cu disurie şi scurgeri uretrale trebuie tratat pentru o boală cu transmitere sexuală. **(c)** Pacientul nu trebuie externat înainte de tratament şi cultură. În plus, pacientul ar trebui să trimită toţi partenerii lor sexuali pentru evaluare şi tratament. **(d şi e)** Nu există nicio suspiciune clinică pentru o piatră la rinichi sau cancer testicular.

96. Răspunsul este a. *(Rosen, pp. 1263-1264.)* **Abcesele amebiane** sunt frecvente

în ţările cu climat tropical şi subtropical şi în zonele cu igienizare slabă. **Entamoeba histolytica** provoacă o infecţie intestinală, iar ficatul este însămânţat prin sistemul portal. Prezentarea clinică include sensibilitate abdominală în RUQ, leucocitoză şi febră. Diagnosticul este susţinut de identificarea unui protozoar patogen în scaun. Managementul constă în îngrijire de susţinere şi administrarea de metronidazol. Dacă terapia medicală nu are succes, este necesară drenajul percutanat cu cateter.

(b) Colecistita se va prezenta cu febră, leucocitoză şi durere. Un semn Murphy este de obicei prezent. **(c)** Cryptosporidium este cea mai frecventă cauză a diareei cronice la persoanele cu SIDA. Pacienţii prezintă diaree apoasă abundentă, crampe abdominale, anorexie, greaţă şi flatulenţă . Simptomele persistă la imunocompetent timp de aproximativ 1 până la 3 săptămâni şi sunt autolimitate. Deshidratarea este frecventă. A existat un focar de crip tosporidium în Milwaukee, Wisconsin în 1993, după ce o instalaţie de purificare a apei a fost contaminată. Peste 100 de persoane au murit, printre care majoritatea vârstnici şi imunodeprimaţi. **(d)** Pacienţii cu enterobiază sau oxiuri se plâng de mâncărime în regiunea anală, în special noaptea, deoarece viermele adult depune ouă în anus. **(e)** Abcesul piogen este cel mai frecvent tip de abces hepatic; cu toate acestea, istoricul călătoriilor şi lipsa sursei primare pentru abcesul piogen fac ca acesta să fie mai puţin probabil un diagnostic. Boala biliară de bază cu obstrucţie biliară extrahepatică care duce la colangită ascendentă şi formarea abceselor este cea mai comună cauză şi este de obicei asociată cu coledocolitiază, tumori benigne şi maligne sau stricturi postoperatorii.

97. **Răspunsul este d.** *(Tintinalli, pp. 561-565.)* Ecografia arată o **vezică biliară** cu multiple **calculi biliari ecogeni,** asociate cu **umbre acustice bine definite.** Această imagine este tipică pentru **colelitiază.** Dacă pacientul era febril şi se credea că are colecistită, atunci se poate observa şi distensia vezicii biliare, îngroşarea peretelui şi lichid pericolechistic în plus faţă de calculii biliari. Cea mai frecventă manifestare clinică a colelitiasei este colica biliară.

(a) Calculii renali vor apărea, de asemenea, ca structuri ecogenice care aruncă umbre într-o cavitate centrală, şi anume caliciul renal; oricum, cavitatea din figură nu are aspectul unui caliciu renal la ecografie. În plus, ficatul anterior descris în mod clar în ecografie ne ajută, de asemenea, să ne înclinăm spre identificarea unei vezici biliare, mai degrabă decât a structurilor renale mai posterioare. **(b)** O ecografie a unui pseudochist pancreatic ar arăta o structură sferică cu pereţi groşi, plină de lichid, fără mai multe structuri ecogenice care aruncă umbre. **(c)** Chisturile ovariene nu ar apărea ca structuri ecogenice multiple care aruncă umbre într-o cavitate centrală, ci mai degrabă ca structuri sferice, pline cu lichid. **(e)** Un abces hepatic poate fi vizualizat la ultrasunete ca o

zonă hipoecogenă într-unul dintre lobii ficatului.

98. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp 1330-1332.)* Managementul **diverticulitei acute complicate** implică **internarea** şi **tratamentul cu antibiotice** . Tratamentul este îndreptat atât împotriva bacteriilor anaerobe, cât şi împotriva bacteriilor gram-negative. Formarea **abcesului** intraabdominal secundar diverticulitei necesită un consult chirurgical prompt şi trebuie drenat **folosind** CT sau drenaj percutan ghidat cu ultrasunete. Abcesele mai mici de 5 cm în diametru pot fi tratate numai cu antibiotice.

Semnele vitale ale pacientului sunt stabile şi nu există dovezi de peritonită , prin urmare nu necesită o laparotomie de urgenţă **(a).** Pacientul nu trebuie externat din spital **(c).** Din cauza riscului de perforare intestinală, clisma cu bariu şi colonoscopia sunt contraindicate **(d şi e);** cu toate acestea, odată ce diverticulita este controlată, pacientul ar trebui să fie supus uneia dintre proceduri pentru a căuta altă patologie şi a exclude complicaţii, cum ar fi formarea fistulei.

99. **Răspunsul este e.** *(Rosen, p. 1294.)* **Semnul Rovsing** este sensibilitatea referită la RLQ atunci când LLQ este palpat. Se observă cu **apendicita acută.**

Semnul Blumberg **(a)** este apariţia unei dureri ascuţite atunci când examinatorul îşi apasă mâna peste punctul McBurney şi apoi eliberează brusc presiunea mâinii. Acest semn indică inflamaţia peritoneală. Semnul psoas **(b)** este creşterea durerii atunci când muşchiul psoas este întins pe măsură ce pacientul îşi extinde şoldul. Semnul obturator **(c)** este provocarea durerii pe măsură ce şoldul este flectat şi rotit intern. Semnul Raynaud **(d)** este o afecţiune marcată de cianoză simetrică a extremităţilor, cu decolorare persistentă, neuniformă, pete albastră sau roşie a pielii degetelor, încheieturilor şi gleznelor, împreună cu transpiraţie abundentă şi răceală a degetelor de la mâini şi de la picioare.

100. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp 1283-1287.)* Tabloul clinic al pacientului este în concordanţă cu un **SBO. Resuscitarea cu fluide** este importantă din cauza incapacităţii intestinului întins de a absorbi lichidul şi electroliţii într-un ritm normal. Însoţită de vărsături, pierderile de lichide pot duce la hipovolemie şi şoc. **Aspiraţia nazogastrică** asigură decompresie enterală prin îndepărtarea gazului şi lichidului acumulat în apropierea obstrucţiei. Un **consult chirurgical** este necesar deoarece tratamentul definitiv poate necesita transportul pacientului la sala de operare pentru a ameliora obstrucţia. Un vechi adagiu chirurgical spune „Nu lăsaţi niciodată soarele să apune sau să răsară pe o obstrucţie intestinală". Antibioticele cu spectru larg **(b şi d)** sunt adecvate atunci când este planificată o intervenţie chirurgicală sau când există suspiciunea de compromis vascular sau

perforație intestinală.

Balsam de scaun și clismele **(c)** nu au niciun rol în obstrucțiile intestinale acute cauzate de cauze mecanice. SBO adulți sunt diagnosticați cu un film simplu abdominal sau scanare CT **(e),** nu prin ultrasunete.

101. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp 1176-1185.)* Prezentarea pacientului este îngrijorătoare pentru un AAA. Dacă pacientul era instabil din punct de vedere hemodinamic, trebuie adus imediat la sala de operație pentru reparație definitivă. Cu toate acestea, la pacientul **stabil** , studiile imagistice pot ajuta la diagnosticarea unui AAA. **Ecografia** este aproape 100% **sensibilă** în detectarea AAA, este neinvazivă și poate fi efectuată rapid la patul pacientului. Dacă întreaga aortă abdominală este vizualizată și se constată că are un diametru normal, este sigur să spunem că simptomele pacientului nu sunt de la un AAA. O alternativă la ultrasunete la pacientul stabil este o scanare CT, care este în esență 100% precisă în determinarea prezenței unui AAA. Scanarea CT este mai puțin supusă erorilor tehnice și de interpretare decât o ecografie.

(a) Angiografia nu are niciun rol în diagnosticul precoce al AAA. Adesea lumenul aortei este îngustat de trombul mural, dar parând fals normal. **(c)** RMN-ul este adesea folosit pentru a urmări creșterea unui AAA cunoscut pe o perioadă de luni sau ani. **(d)** O aortă calcificată mărită poate fi detectată uneori prin radiografie abdominală simplă; cu toate acestea, sensibilitatea este scăzută. **(e)** D-dimerul nu este un marker stabilit în diagnosticul unui AAA, dar poate fi considerat un prim pas în gestionarea pacienților cu tromboză venoasă profundă (TVP) și embolie pulmonară (EP) cu probabilitate scăzută.

102. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp. 2416-2419.)* Orice femeie cu durere abdominală, sângerare vaginală și un test de sarcină pozitiv trebuie exclusă pentru o **sarcină extrauterină.** Semnele ei vitale sunt stabile, astfel încât să poată fi supusă unei **ecografii transvaginale.** Acesta este folosit pentru a documenta o sarcină intrauteră și starea de sănătate a fătului. Dacă nu se observă o sarcină intrauterină, suspiciunea de sarcină ectopică crește.

(a) Laparoscopia este o procedură diagnostică și terapeutică precisă care poate fi utilizată la pacientul cu o ecografie neclară și semne peritoneale la examinare. **(b)** Dacă o sarcină intrauterină este documentată și există suspiciuni scăzute pentru o sarcină ectopică, totuși pacienta se plânge de durere severă RLQ, atunci trebuie discutate riscurile (de exemplu, expunerea la radiații la făt) și beneficiile (de exemplu, diagnosticarea apendicitei) ale efectuării unei scanări CT . **(d)** O analiză a urinei face parte din evaluarea generală, dar nu este necesară în mod urgent. **(e)** Orice pacientă cu un test de sarcină pozitiv, dureri abdominale și sângerare vaginală trebuie să fie supusă unei evaluări urgente pentru o sarcină

ectopică.

103. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp 1272-1276.)* Tabloul clinic al pacientului este în concordanţă cu **pancreatita acută.** Ranson a dezvoltat criterii care ajută **la prezicerea ratelor de mortalitate** la pacienţii cu pancreatită. Prezenţa a mai mult de trei criterii echivalează cu 1% mortalitate, în timp ce prezenţa a şase sau mai multe criterii se apropie de 100% mortalitate **Criteriile Ranson** la internare sunt vârsta > 55 de ani, WBC > 16.000, glucoză > 200, LDH > 350, AST > 250. calciu < 8, $PO_{2\ arterial}$ < 60, deficit de bază > 4 şi sechestrare de lichide > 6 L. Pacientul din acest caz îndeplineşte patru criterii Ranson şi are un risc de mortalitate de aproximativ 15%. Reţineţi că lipaza şi amilaza nu fac parte din criteriile Ranson, deşi sunt relevante în diagnosticul pancreatitei acute.

104. **Răspunsul este e.** *(Rosen, p. 223.)* Diagnosticul diferenţial la o femeie cu durere RLQ este expansiv şi include patologia GI, cum ar fi apendicita, boala inflamatorie intestinală, diverticulita şi hernia. Patologia ginecologică include sarcina ectopică, abcesul tubo-ovarian, chistul rupt al corpului galben şi torsiunea ovariană. Este adesea dificil să distingem iniţial între patologia gastrointestinală (GI) şi cea ginecologică (GYN) şi care test de diagnostic, CT abdominal sau o ecografie pelviană este justificată. Adesea, decizia se bazează pe examenul pelvin. Pacienta la întrebare prezintă **sensibilitate anexală** şi, prin urmare, a primit un ultrasunet pelvin care a evidenţiat un **ovar mărit unilateral cu flux scăzut,** indicând **torsiune ovariană.** Torsiunea ovariană este o **urgenţă ginecologică** şi managementul conservator nu are loc în decizia de tratament a torsiunii suspectate, chiar dacă durerea se ameliorează în ED. Eşecul corectării chirurgicale a acestei entităţi poate duce la ischemie şi necroză ulterioară a ovarului implicat. Prin urmare, principalul tratament este **laparoscopia** sau **laparotomia.**

(a) Managementul conservator nu este o opţiune în cazul suspiciunii de torsiune ovariană. **(b)** Antibioticele şi intervenţia chirurgicală întârziată pot fi acceptabile pentru un abces tubo-ovarian. **(c)** Detorsiunea manuală nu este posibilă la pacienta. Poate fi încercat la pacientul de sex masculin. **(d)** Dacă ecografia pelvină a fost normală şi există suspiciunea de patologie gastro-intestinală, atunci CT abdominală este justificată.

105. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli, pp. 697-699.)* **Boala inflamatorie pelvină (PID)** cuprinde un spectru de infecţii ale tractului reproductiv superior feminin. Deşi se crede că *N gonorrhoeae* şi *C trachomatis* cauzează majoritatea infecţiilor, noi dovezi indică rate mai mari de infecţii polimicrobiene. Se crede că majoritatea cazurilor de BIP încep cu o boală cu transmitere sexuală a tractului genital

inferior şi urcă în tractul superior. Femeile prezintă de obicei dureri abdominale inferioare şi pot avea secreţii vaginale, sângerări vaginale, disurie şi febră. Examenul evidenţiază, de obicei, **sensibilitate abdominală inferioară** şi **sensibilitate la mişcarea cervicală** sau **sensibilitate anexală.** Mulţi pacienţi sunt trataţi ca pacienţi ambulatori cu antibiotice. Consideraţiile pentru admitere includ acele femei care sunt însărcinate, care au eşuat terapia ambulatorie, sunt toxice, au dovezi pentru un abces tubo-ovarian sau nu poate fi exclusă o urgenţă chirurgicală. Rezultatele pe termen lung sunt îmbunătăţite dacă antibioticele sunt începute imediat.

(a) Debutul apendicitei este mai insidios decât ceea ce este prezentat în acest caz. Simptomele iniţiale sunt de obicei greaţă sau pierderea poftei de mâncare. Durerea începe de obicei în zona periumbilicală şi migrează către RLQ. Febra nu este de obicei semnificativă decât dacă apendicele se rupe. **(c)** Culdocenteza este folosită pentru a recupera lichidul din cul-de-sac. Constatările sunt limitate şi nu sunt specifice PID. **(d)** Laparoscopia nu este indicată la o persoană cu cervicită. Este util pentru diagnosticarea şi gestionarea torsiunii ovariene şi a altor patologii ginecologice. **(e)** Nu există niciun rol pentru un film simplu la acest pacient. Ar fi util dacă ai suspecta o obstrucţie intestinală sau aer liber.

106. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli, pp. 524-526.)* Scenariul clinic şi radiografia sunt în concordanţă cu **SBO.** Pacienţii prezintă de obicei **durere abdominală difuză, crampoasă, care** este adesea episodică. De obicei, pacientul nu raportează mişcări recente ale intestinului sau trecere de flatus. Cele mai frecvente cauze ale SBO sunt **aderenţele şi herniile.** Tuturor pacienţilor cu suspiciune de SBO trebuie efectuate radiografii abdominale plate şi verticale. Filmele abdominale cu plăci plate pot arăta bucle întinse ale intestinului subţire, iar filmul vertical poate arăta mai multe niveluri de aer-fluid într-un aspect de scară.

(a) Constipaţia este un diagnostic de excludere, deşi impactul fecal este o problemă comună la pacienţii vârstnici debili şi poate prezenta simptome de obstrucţie colonică. **(c)** Colelitiaza se prezintă de obicei cu durere RUQ şi febră. Ecografia este de obicei folosită pentru a stabili diagnosticul de colecistită. **(d)** Cele mai frecvente cauze ale obstrucţiei intestinului gros includ neoplasmul, diverticulita şi volvulusul sigmoid. Intestinul gros conţine pliuri numite haustra care nu traversează toată lăţimea intestinului.
În figura de mai sus, vedem **valvulae conniventes,** care sunt pliuri ale intestinului subţire care traversează întreaga lăţime a intestinului. **(e)** Nici scenariul clinic, nici filmul simplu nu sunt în concordanţă cu boala inflamatorie intestinală . Majoritatea pacienţilor cu boală inflamatorie intestinală sunt mai tineri.

107. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp 1293-1295.)* Testul este **semnul Obturator,** în

care pacientul este în decubit dorsal cu coapsa dreaptă flectată; Rotaţia pasivă internă sau externă a şoldului provocând durere este un test pozitiv pentru **apendicită.** Durerea este atribuită unui apendice inflamat care este iritat prin întinderea muşchiului obturator intern.

(b) Semnul psoas pentru apendicită este testat punând pacientul întins pe partea stângă; durerea cauzată de extensia pasivă a şoldului drept este un - rezultat pozitiv. **(c)** Semnul Rovsing se referă la durerea în RLQ provocată de palpare în LLQ. **(d)** Punctul McBurney este locaţia clasică de maxim zece - densitate la palpare în RLQ, la o treime din distanţa de la creasta iliacă anterioară superioară până la ombilic. Este frecventă la pacienţii cu apendice anterior. **(e)** Semnul Murphy se referă la durerea care provoacă oprirea respiraţiei în timpul palpării RUQ şi este observată în colecistita acută.

108. Răspunsul este b. *(Tintinalli, pp. 584-585.)* Deşi nu există studii care să declare cât de mult este nevoie pentru ca un tract să se maturizeze, tracturile care au 7 până la 10 zile probabil vor rămâne deschise suficient de mult pentru a permite înlocuirea. Introducerea unui tub nou trebuie efectuată cu lubrifiant solubil în apă. Dacă se întâlneşte rezistenţa, încercarea ar trebui să fie anulată. După înlocuirea tubului, trebuie instilat în tub un bolus de 20 până la 30 ml de substanţă **de contrast solubilă în apă , iar o radiografie abdominală în decubit dorsal** trebuie să evidenţieze urmele stomacului . Dacă există vreo problemă de plasare necorespunzătoare, ar trebui să se obţină o consultare imediată.

(a) Aspiraţia conţinutului gastric nu confirmă amplasarea corectă a tubului G. Localizarea intragastrică a tubului înlocuit trebuie confirmată printr-un studiu de contrast înainte de hrănire. Mulţi pacienţi au primit hrăniri intraperitoneale în absenţa unui astfel de test de confirmare. **(c)** Dacă tractul este deschis, trebuie înlocuit un tub; în caz contrar, observarea ar fi potrivită până când s-ar putea aranja un nou tub. **(d)** O scanare CT poate fi utilă pentru a determina dacă tubul este scos, dar odată ce este, semnele clinice ar fi suficiente pentru a evalua murdăria intraperitoneală. **(e)** Tuburile G chirurgicale implică în general ancorarea stomacului de peretele abdominal anterior. Contaminarea este puţin probabilă şi tractul tubului va fi patent pentru o perioadă scurtă de timp. Nu există nicio indicaţie imediată pentru intervenţie chirurgicală.

109. Răspunsul este a. *(Rosen, pp. 11415-11422.)* O **piatră obstructivă cu o infecţie care stă la baza** este o **urgenţă urologică iminentă.** Bacteriile dintr-un sistem de colectare obstrucţionat pot provoca formarea de abcese, distrugerea renală şi toxicitate sistemică severă. Pacientul necesită internare pentru antibiotice IV şi îndepărtarea şi drenajul pietrei. Pe lângă obstrucţia cu infecţie, alte indicaţii pentru internare includ durere persistentă, greaţă şi vărsături persistente,

extravazare urinară şi criză hipercalcemică.

(b) Observarea nu este recomandată. Pietrele mai mici de 4 mm trec 90% din timp, pietrele de 4 până la 6 mm trec 50% din timp, iar pietrele mai mari de 6 mm trec 10% din timp. Pacientul necesită antibiotice IV şi îndepărtarea pietrei. **(c, d şi e)** Pacientul nu trebuie externat; mai degrabă, admiterea este necesară pentru o piatră de obstrucţie infectată. Deşi este important să menţineţi pacientul bine hidratat, nicio dovadă nu susţine ideea că hidratarea IV creşte probabilitatea trecerii pietrelor.

110. **Răspunsul este d.** *(Tintinalli, pp 1878-1883.)* Scanarea CT a devenit o parte integrantă a evaluării ED a unui pacient. Este utilă diferenţierea patologiilor abdominale atunci când istoricul şi examenul fizic sunt nespecifice , sau în confirmarea unui diagnostic suspectat de prezentarea clinică. Materialele de contrast pentru examenele CT în ED sunt de obicei administrate pe cale orală şi IV, ceea ce îmbunătăţeşte vizualizarea organelor abdominale. **Un pacient trebuie să fie relativ stabil pentru a fi supus unei scanări CT.** Pacientul cu dureri abdominale şi o TA de 70/50 mm Hg nu este stabil hemodinamic. Prezentarea sa clinică este în concordanţă cu un anevrism de aortă abdominală rupt. Aceasta este o urgenţă chirurgicală şi trebuie tratată în sala de operaţie. Obţinerea mai întâi a unei tomografii va întârzia tratamentul definitiv şi va agrava şocul hemoragic al pacientului şi, în cele din urmă, va scădea şansele acestuia de supravieţuire.

(a) Acest pacient a suferit un traumatism contondent şi nu prezintă dovezi ale unei sângerări active la examenul FAST. Cu semne vitale stabile, o scanare CT este sigură. **(b)** Acest pacient poate avea apendicită şi necesită o scanare CT. Dacă a fost Ş -hCG pozitiv, mai întâi aţi efectua o ecografie pelviană pentru a evalua o sarcină extrauterina **(c)** Pancreatita este ridicată pe diferenţial; o scanare CT va ajuta la evaluarea durerii abdominale. **(e)** Acest pacient are cel mai probabil o piatră la rinichi, care este observată la scanarea CT abdominală.

111. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp 1283-1287.)* Scenariul clinic este foarte suspect pentru o **ansă de intestin sugrumată** încarcerată într-o **hernie femurală.** Dacă conţinutul unei hernie poate fi readus în cavitatea lor naturală prin reducerea manuală, hernia este denumită reductibilă; dacă nu pot, se numeşte ireductibil sau încarcerat. Herniile incarcerate sunt supuse modificarilor inflamatorii si edematoase si prezinta risc de strangulare, ceea ce se refera la compromiterea vasculara a continutului incarcerat. Când strangularea nu este ameliorată în mod urgent, se dezvoltă necroză şi gangrena. Tratamentul pentru o hernie încarcerată care nu poate fi redusă manual este fixarea chirurgicală. Dacă se suspectează strangularea sau există şoc, sunt necesare antibiotice cu spectru larg şi

resuscitarea cu lichide.

(a şi **d)** Examenul fizic este foarte suspect pentru prezenţa complicaţiilor intraabdominale asociate cu obstrucţia; prin urmare, este puţin probabil ca o scanare CT sau un film simplu să contribuie în continuare la diagnostic . **(b)** Dacă există vreo întrebare cu privire la durata încarcerării sau există dovezi de strangulare, nu trebuie făcută nicio încercare de reducere, astfel încât intestinul mort să nu fie introdus în cavitatea abdominală **(e)** Antibioticele singure sunt insuficiente, deoarece este necesară şi intervenţia chirurgicală.

112. Răspunsul este b. *(Rosen, pp. 1301-1313.)* **Intoxicaţia alimentară cu stafilococ este cauzată de o tulpină de** organe *stafilococice* care formează enterotoxine din alimente înainte de ingerare. Majoritatea **alimentelor bogate în proteine** susţin creşterea stafilococilor, în special şunca, ouăle, crema, maioneza şi salata de cartofi. Boala are un **debut brusc,** care începe **la 1 până la 6 ore** după ingestia alimentelor contaminate. Crampele şi durerile abdominale, cu **senzaţia de vomă şi vărsături violente şi frecvente** sunt simptomele predominante . Diareea este variabilă; este de obicei uşoară şi ocazional absent. Deşi adesea agresivă la debut, intoxicaţia alimentară cu stafilococ este de **scurtă durată** şi, de obicei, **dispare în 6 până la 8 ore,** rareori durând mai mult de 24 de ore. Pacientul se recuperează adesea când este văzut pentru prima dată de un medic. Perioada **scurtă de incubaţie** şi **cazurile multiple** la persoanele care consumă aceeaşi masă sunt foarte sugestive pentru această boală.

(a) Intoxicaţia cu peştele scombroid rezultă din ingestia de toxine stabile la căldură produse prin acţiunea bacteriilor asupra cărnii întunecate a peştelui (de exemplu, ton şi macrou). Simptomele seamănă cu intoxicaţia cu histamină, apar brusc în decurs de 20 până la 30 de minute şi seamănă cu intoxicaţia cu histamină, constând în înroşirea feţei, diaree, dureri de cap pulsive, palpitaţii şi crampe abdominale. Terapia cu antihistaminice este de obicei curativă. **(c)** *Clostridium perfringens* este probabil cea mai frecventă cauză de otrăvire alimentară acută în Statele Unite. Cele mai multe cazuri apar în focare destul de mari şi sunt cauzate de ingestia de preparate din carne şi pasăre. Simptomele apar de obicei în decurs de 6 până la 12 ore, dar pot apărea până la 24 de ore după ingestia alimentelor contaminate. Diareea apoasă frecventă şi crampele abdominale moderat severe sunt simptomele majore. Boala este autolimitată şi rareori durează mai mult de 24 de ore. **(d)** Campylobacter este cea mai frecventă cauză bacteriană a diareei la pacienţii care solicită asistenţă medicală. Perioada de incubaţie este de aproximativ 2 până la 5 zile. Debutul simptomelor este de obicei rapid şi constă în febră, dureri abdominale crampe şi diaree. Simptomele constituţionale sunt frecvente. **(e)** Salmoneloza apare cel mai mult în lunile de vară şi este dobândită prin ingestia de alimente sau băuturi contaminate.

Produsele din carne de pasăre, cum ar fi curcanul, puiul, rața și ouăle constituie cele mai comune surse. Focarele familiale și cazurile sporadice sunt mai frecvente decât epidemiile mari. Pacientul tipic prezintă febră, dureri abdominale colici și diaree apoasă, ocazională, cu mucus și sânge. Simptomele dispar de obicei în 2 până la 5 zile și recuperarea este fără evenimente.

113. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp. 1288-1291.)* **Ischemia mezenterică acută** este cauzată de lipsa perfuziei la intestin. Afectează în primul rând pacienții **cu vârsta peste 50 de ani, în special pe cei cu** boli cardiovasculare sau sistemice semnificative . Etiologia este fie din ocluzie arterială (de exemplu, embolizare din inimă); tromboză venoasă care este asociată cu o stare de hipercoagulare; sau neocluzivă, din cauza debitului cardiac redus (de exemplu, insuficiență cardiacă congestivă [CHF], infracție miocardică recentă [IM], hipovolemie). Majoritatea pacienților prezintă dureri abdominale care sunt inițial surde și difuze. În această stare timpurie, pacienții se plâng frecvent de durere severă, dar au o sensibilitate minimă la examinare (adică, caracteristica **„durere disproporțională față de examinare"**). Pe măsură ce se dezvoltă infarctul, se dezvoltă distensia abdominală și semnele peritoneale. Debutul brusc al durerii sugerează ocluzie vasculară arterială prin embolii. Acest lucru poate apărea la pacienții care prezintă **fibrilație atrială.** Debutul insidios sugerează tromboză venoasă sau infarct neocluziv. Radiografiile pot dezvălui bucle dilatate ale intestinului, aer în peretele intestinal (**„pneumatosis intestinalis"**) și îngroșarea peretelui intestinal, așa cum se observă în scanarea CT. Managementul implică resuscitarea cu lichide, antibiotice și intervenție chirurgicală.

(a) În mod clasic, AAA prezintă dureri abdominale constante, deseori localizate în cadranul mijlociu sau inferior stâng, cu radiații către spate. Examenul fizic poate evidenția o masă abdominală pulsatilă. **(c)** Diverticulita se prezintă de obicei cu dureri abdominale LLQ și febră de grad scăzut. **(d)** Pacienții cu SBO prezintă dureri abdominale crampe și distensie. Vărsăturile și obstipația sunt simptome frecvente. Pe radiografii se observă bucle întinse ale intestinului și nivelurile de lichid din aer . **(e)** Boala Crohn se poate prezenta cu diaree cu sânge, dureri abdominale, febră, anorexie și scădere în greutate. Există o incidență maximă între 15 și 22 de ani și 55 și 60 de ani.

114. **Răspunsul este b.** *(Hamilton et al, p. 6.)* Medicul **de urgență (EP)** abordează o problemă **luând în considerare boala cea mai gravă** în concordanță cu plângerea pacientului și lucrând pentru a o exclude. A gândi mai întâi la ce **este mai rău** este o inversare a succesiunii de management al pacientului în multe alte specialități. Odată ce PE exclude procesele care pun viața în pericol, pot fi luate în considerare procese mai benigne. Acest principiu este deosebit de important atunci când este plasat în contextul populației de pacienți văzute în UR. Majoritatea pacienților

sunt noi în EP; mulţi sunt în stare de ebrietate sau sunt aduşi la urgenţă de către alţii. Acest lucru duce la o serie de istorii fragmentate, descoperiri fizice mascate şi niveluri emoţionale ridicate. În acest context, este şi mai important ca PE să menţină un nivel ridicat de suspiciune pentru boli grave.

Toate condiţiile enumerate ca opţiuni de răspuns pot fi responsabile pentru prezentarea pacientului. După cum sa discutat, este important să excludem mai întâi procesele care pun viaţa în pericol. Pentru a aborda aceste procese, pacienta are nevoie de un Ș -hCG pentru a exclude o sarcină ectopică; fie o ecografie, fie o scanare CT pentru a evalua apendicita; şi o analiză de urină pentru a investiga pielonefrita.

115. **Răspunsul este e.** *(Riviello, 2005.)* Când un pacient cu agresiune sexuală este evaluat în UR, EP nu numai că are responsabilitatea standard de a avea grijă de sănătatea fizică şi psihologică imediată a pacientului, dar el/ea trebuie să ia în considerare şi modul în care întâlnirea poate afecta viaţa pacientului în mod considerabil odată externat din UR. Odată ce rănile care pun viaţa în pericol, EP sunt responsabili pentru colectarea dovezilor fizice necesare pentru urmărirea penală a agresorului prin desfăşurarea unui atac sexual sau „kit de viol" cu consimţământul pacientului.

Majoritatea medicamentelor furnizate pacienţilor agresaţi sexual sunt furnizate ca profilaxie împotriva infecţiilor cu transmitere sexuală (ITS), a sarcinii şi a tetanosului. ITS majore de îngrijorare sunt gonoreea **(ceftriaxonă),** *Chlamydia* **(azitromicină sau doxiciclină),** sifilisul şi trichomonaza **(metronidazolul)** din cauza incidenţei lor relativ ridicate. Decizia de a oferi **profilaxie post-expunere la HIV (PEP)** după agresiune sexuală trebuie să ţină cont de riscurile şi beneficiile - tratamentului, intervalul dintre expunere şi tratamentul cu antiretrovirale şi probabilitatea de expunere la HIV. Riscul mediu de transmitere a HIV per contact cu actul sexual receptiv neprotejat este de aproximativ 1% până la 5%. Pentru actul sexual insertiv anal neprotejat şi actul sexual vaginal receptiv, riscul este de aproximativ 0,1% până la 1%. Unele state obligă să ofere şi să ofere profilaxie post-expunere HIV (PEP) tuturor pacienţilor agresaţi sexual. Riscul de sarcină în urma agresiunii sexuale este de aproximativ 5%. **Contracepţia de urgenţă** este utilizarea de pastile cu hormoni pentru a preveni sarcina. Vaccinarea împotriva hepatitei B trebuie administrată pacienţilor care nu au primit niciodată vaccinul. Dacă starea de vaccinare este neclară, obţineţi serologia hepatitei, iar dacă nu este imun, continuaţi cu vaccinarea. Pentru pacienţii care au fost complet vaccinaţi anterior împotriva hepatitei B, nu este necesară o terapie suplimentară. Tetanusul se administrează pacienţilor care au suferit leziuni predispuse la tetanos.

116. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp 1283-1287.)* În general, aderenţele, herniile şi cancerul reprezintă mai mult de 90% din cazurile de SBO. **Aderenţele postoperatorii** sunt cea **mai frecventă cauză de SBO** (50%-55%), urmate de hernia incarcerată (25%) **(c).** Aproximativ 5% dintre toţi pacienţii cu laparotomie postoperatorie dezvoltă obstrucţie adezivă, la ani după operaţie. Cele mai frecvente locaţii de obstrucţie de la o hernie sunt cele inghinale, urmate de femurale. Cancerul **(b)** este cauza 10% din timp. Alte cauze, mai puţin frecvente, includ boala inflamatorie a intestinului, litiază biliară **(d),** volvulus, susceptie a intusului, enterita de radiaţii, abcese, leziuni congenitale şi bezoare **(a).**

117. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp. 1422-1423.)* **Detorsionarea manuală** este o manevră folosită pentru a desface cordonul spermatic pentru **a restabili fluxul de sânge către testicul.** Această procedură trebuie efectuată la orice pacient cu - suspiciune de torsiune în timp ce pacientul este pregătit pentru sala de operare. Majoritatea testiculelor se rotesc lateral spre medial. Dacă ar fi să stai la picioarele patului pacientului, ai efectua detorsionare pentru oricare testicul la fel cum ai **deschide o carte -** rotind fiecare testicul într-o **direcţie medială spre laterală.** Detorsionarea cu succes are ca rezultat reducerea imediată a durerii. În multe cazuri, detorsionarea nu are succes sau testiculul se răsuceşte din nou.

(a) Ameliorarea durerii care apare la ridicarea testiculului se numeşte semn Prehn. Deşi este asociat de obicei cu epididimita, semnul Prehn nu poate fi utilizat pentru a distinge epididimita de torsiune datorită sensibilităţii şi specificităţii sale scăzute. **(b, d** şi **e)** Aceste tehnici sunt incorecte.

118. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp. 1176-1183.)* Radiografia demonstrează un anevrism de aortă abdominală. Pe radiografia laterală, este structura circulară chiar anterior coloanei vertebrale; în vederea AP, este structura circulară care acoperă vertebrele inferioare, cel mai proeminent pe partea stângă a pacientului. Semne de AAA suficient de mari pentru a provoca simptome sunt observate pe radiografiile simple aproximativ 66% până la 75% din timp. Cele mai frecvente constatări sunt **calcificarea curbilinie a peretelui aortic** sau o **masă de ţesut moale paravertebral.** Rareori, în cazul anevrismelor de lungă durată, poate fi observată eroziunea unuia sau mai multor corpi vertebrali. **Ateroscleroza,** vârsta > 60 de ani, fumatul şi antecedentele familiale sunt toţi factori predispozanţi importanţi pentru dezvoltarea AAA.

(b) Hiperparatiroidismul poate fi observat la pacienţii cu calculi renali recurenţi. **(c)** Abuzul de etanol poate provoca pancreatită. **(d)** Cancerul de prostată poate metastaza la coloana vertebrală provocând leziuni blastice ale coloanei vertebrale. **(e)** Herniile sunt a doua cea mai frecventă cauză de obstrucţie intestinală, precedată de aderenţe.

119. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp 2416-2418.)* Ar trebui să fiţi îngrijorat de o sarcină ectopică ruptă la această pacientă. Ea a ratat ultima ei perioadă de bărbaţi, are dureri severe în abdomenul inferior şi este hipotensivă. Aceasta este o afecţiune care pune viaţa în pericol, care trebuie gestionată agresiv. Pacientul necesită resuscitare lichidă cu 2-L NS. Dacă TA nu răspunde la bolus, atunci trebuie administrat sânge. Cel mai probabil, pacientul va fi dus la sala de operaţie pentru o salpingectomie/ooforectomie. Factorii de risc pentru o sarcină ectopică includ antecedente de boală inflamatorie pelvină, sarcină ectopică anterioară, chirurgie pelvină şi utilizarea dispozitivului intrauterin (DIU).

(a) Acest lucru va trata durerea, dar nu şi etiologia acesteia. Pacientul este hipotensiv şi acest lucru trebuie abordat. **(b)** Acesta este un plan pentru apendicita acută, care este mai mic pe diferenţa pentru această prezentare decât sarcina ectopică.

(c) Acesta este un plan dacă bănuiţi un calcul renal, care s-ar prezenta cu durere de flanc şi microhematurie. **(e)** Dacă pacienta era stabilă, atunci o ecografie pelviană ar putea fi utilă în diagnosticarea unei sarcini ectopice.

120. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp. 1266-1268.)* **Semnul Murphy** este numit după chirurgul din Chicago, John B. Murphy. Pacientului i se cere să respire adânc în timp ce examinatorul aplică presiune asupra zonei vezicii biliare. Dacă **vezica biliară este inflamată,** diafragma descendentă o forţează împotriva vârfurilor degetelor examinatorului, provocând durere şi adesea o **pauză bruscă de inspiraţie.** Un semn ecografic Murphy provoacă acelaşi răspuns cu o sondă cu ultrasunete peste vezica biliară.

(a) Semnul Grey-Turner este pielea echimotică în zona flancului care indică sânge retroperitoneal. Este frecvent asociată cu atita pancreatică hemoragică. **(b)** Semnul Kernig poate fi observat la pacienţii cu meningită; pacienţii nu pot extinde piciorul la genunchi atunci când coapsa este flectată din cauza rigidităţii ischiochibialului. **(c)** Semnul McMurray este prezent atunci când manipularea tibiei cu piciorul flectat produce durere şi un clic pronunţat atunci când meniscul a fost rănit. Dacă clicul apare atunci când piciorul este rotit spre interior, ruptura se află în meniscul lateral. **(e)** Semnul McBurney reprezintă sensibilitate şi rigiditate maximă peste punctul McBurney (două treimi din distanţa de la ombilic la coloana iliacă anterioară superioară), ceea ce poate indica apendicita.

121. **Răspunsul este c.** *(Tintinalli, pp. 1547-1551.)* **Boala Crohn** este caracterizată prin **inflamaţie cronică care se extinde prin toate straturile peretelui intestinal.** Debutul este în general între 15 şi 40 de ani. Boala Crohn trebuie suspectată la orice pacient ale cărui simptome arată o imagine consistentă cu colită inflamatorie cronică. Manifestările extraintestinale sunt observate la 25% până la

30% dintre pacienţi. Incidenţa este similară pentru boala Crohn şi colita ulceroasă. Acestea includ ulcere aftoase, eritem nodos, irită sau episclerită, artrită şi calculi biliari. **Nefrolitiaza** este observată ca rezultat al hiperoxaluriei din cauza absorbţiei crescute de oxalat la pacienţii cu boală ileală. Deoarece colita ulceroasă afectează doar intestinul gros, această manifestare extraintestinală este observată doar la pacienţii cu boala Crohn.

122. **Răspunsul este e.** *(Tintinalli, pp 606-611.)* **Uretrita cu Chlamydia trachomatis** reprezintă 5% până la 20% din cazurile de disurie, iar prezenţa acesteia poate fi **suspectată atunci când uroculturile sunt sterile.** Dacă simptomele clinice şi analiza urinei indică o ITU, uroculturile sunt sterile, iar regimurile standard de antibiotice eficiente împotriva majorităţii agenţilor patogeni urinari eşuează, luaţi în considerare uretrita *Chlamydia* .

(a) Deşi streptococul de grup A este un posibil agent patogen, ar fi foarte rar şi ar fi susceptibil în majoritatea cazurilor la antibioticele pe care pacientul le-a luat. **(b)** Episoadele iniţiale de virus herpes simplex pot duce la simptome care imită disuria adevărată secundară sensibilităţii leziunilor de pe suprafaţa genitală externă sau în apropierea uretrei. În general, aceste episoade sunt însoţite de febră, frisoane şi simptome sistemice, pe lângă leziuni extrem de dureroase şi sensibile. De asemenea, frecvenţa urinară nu ar fi obişnuită. **(c)** Deşi *T vaginalis* nu ar răspunde la terapia antibiotică anterioară, trichomonaza se prezintă cu o scurgere vaginală spumoasă abundentă şi ar fi fost observată la prepararea umedă a secreţiilor vaginale. **(d)** *Escherichia coli* reprezintă 70% până la 90% din ITU dobândite în comunitate la femei. La o femeie fără infecţii urinare recurente, antibioticele luate de această pacientă ar fi adecvate. La un pacient cu infecţii urinare recurente, este mai probabil ca *E coli* să fie rezistentă la regimurile antimicrobiene standard. Acest agent patogen ar fi trebuit să fie crescut şi pe mediul de cultură standard.

123. **Răspunsul este e.** *(Tintinalli, pp. 573-575.)* Durerea abdominală care iradiază spre spate şi este asociată cu greaţă, vărsături, sensibilitate epigastrică şi o lipază crescută la un pacient cu antecedente de abuz de etanol, toate indică un diagnostic de **pancreatită alcoolică.** Deşi pacienţii cu pancreatită uşoară, nicio dovadă de complicaţii sistemice şi o probabilitate scăzută de apariţie a bolii tractului biliar pot fi gestionaţi ca pacienţi ambulatori, acest pacient necesită internare pentru progresia potenţială rapidă a simptomelor, severitatea durerii şi posibila nesiguranţă a pacientului. Tratamentul iniţial pentru pancreatita acută este **de susţinere: repaus intestinal, resuscitare lichidă şi analgezie** . Nouăzeci la sută dintre pacienţi se recuperează fără complicaţii. Chirurgia este rezervată complicaţiilor pancreatitei alcoolice, cum ar fi pseudochisturile, flegmonii şi

abcesele.

(a, b şi d) După cum sa discutat mai sus, acest pacient cu pancreatită necesită internare la spital pentru management medical. Nu este indicată o laparotomie exploratorie . **(c)** Endoscopia este utilizată pentru pacienţii cu boală ulcerativă. CPRE este utilizată şi la pacienţii la care etiologia pancreatitei rămâne neclară după evaluarea inițială.

traume

Întrebări

124. O femeie de 58 de ani este adusă la serviciul de urgenţă (URM) de către serviciul medical de urgenţă (EMS) după ce a alunecat pe un petic de gheaţă în timp ce mergea la serviciu şi s-a lovit cu capul de trotuarul de ciment. Trecătorii au recunoscut că pacientul a rămas inconştient timp de aproximativ 1 minut. La sosire, semnele ei vitale sunt: tensiunea arterială (TA) 155/75 mm Hg, frecvenţa cardiacă (HR) 89 bătăi pe minut, frecvenţa respiratorie (RR) 18 respiraţii pe minut şi puls de oxigenare 98% pe aerul camerei. Are o lacerație de 5 cm în partea din spate a capului, care sângerează activ. Îl întrebi pe pacient ce sa întâmplat, dar ea nu-şi poate aminti. O informaţi că se află în spital în urma unei căderi. În următoarele 10 minute, ea te întreabă în mod repetat ce s-a întâmplat şi unde se află. Nu găsiţi niciun deficit neurologic focal. Când aduci pacienta la scanerul CT, ea vomită o dată. Rezultatele CT arată o scanare normală a creierului. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Comoţie cerebrală
b. Leziuni axonale difuze
c. Contuzie cerebrală
d. Epilepsie posttraumatică
e. Boala Alzheimer indusă de traume

125. Un bărbat de 41 de ani, şoferul reţinut într-o coliziune cu un autovehicul de mare viteză, este adus la urgenţă de EMS. Pacientul respiră fără dificultate cu sunete respiratorii bilaterale şi egale. Are pulsuri puternice periferice indicând o TA de cel puţin 90 mm Hg. HR este de 121 de bătăi pe minut. Scala lui Glasgow Coma (GCS) este 14. Un studiu secundar dezvăluie vânătăi pe peretele toracic. Suspectaţi o leziune cardiacă. Care dintre următoarele locaţii implică cel mai frecvent contuzii cardiace?

a. Atriul drept
b. Ventriculul drept
c. Atriul stâng
d. Ventriculul stâng
e. Sept

126. Un tânăr de 25 de ani este adus în camera de resuscitare traumatisme după ce motocicleta sa a fost lovită de un alt vehicul. EMS raportează că pacientul a fost găsit la 20 de metri distanţă de motocicleta sa, care a fost grav avariată.

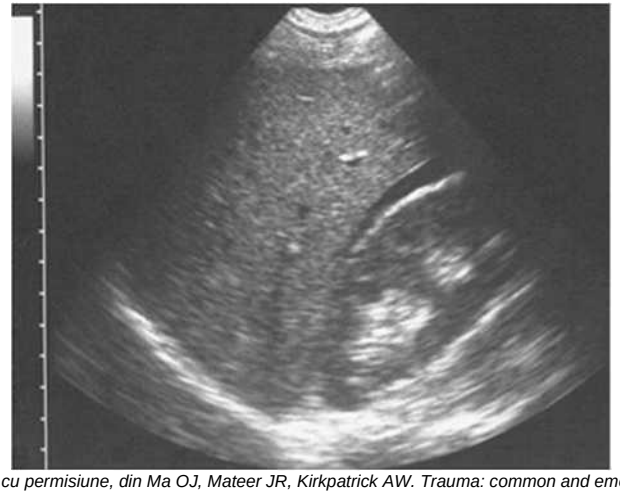
Semnele sale vitale includ o TA de 90/60 mm Hg, HR de 115 bătăi pe minut, RR de 22 de respiraţii pe minut şi puls de oxigenare de 100% pe mască facială. Care dintre următoarele este cea mai mică cantitate de pierdere de sânge care produce o scădere a TA sistolică la adulţi?

a. Pierderea a 5% din volumul sanguin
b. Pierderea a 10% din volumul sanguin
c. Pierderea a 15% până la 30% din volumul sanguin
d. Pierderea a 30% până la 40% din volumul sanguin
e. Pierderea mai mare de 40% din volumul sanguin

127. Sunteţi anunţat de către dispeceratul EMS că există o coliziune cu mai multe maşini pe autostrada locală cu multe răniţi. El afirmă că la faţa locului sunt două persoane decedate, o persoană este grav rănită şi hipotensivă, iar trei persoane au răni semnificative, dar cu semne vitale stabile. Care dintre următoarele este cauza principală de deces şi dizabilitate la victimele traumei?

a. Leziuni abdominale
b. Leziuni toracice
c. Leziune la spate
d. Leziuni cervicale
e. Leziuni la cap

128. Paramedicii aduc la urgenţă un bărbat de 45 de ani, după ce a fost implicat într-o coliziune cu un autovehicul de mare viteză. TA este de 85/50 mm Hg, iar FC este de 131 de bătăi pe minut după administrarea a 2 L de soluţie salină normală. El este treaz, dar lent în a răspunde la întrebări. O imagine ultrasunetă din cadranul superior drept (RUQ) este văzută mai jos. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?



(Reprodus, cu permisiune, din Ma OJ, Mateer JR, Kirkpatrick AW. Trauma: common and emergent

abnormalities. În: Emergency Ultrasound. *Ed. a 2-a. New York, NY: McGraw-Hill; 2007: Figura 5-20b.)*

a. Scanare tomografică computerizată (CT) abdominală în urgenţă
b. Transfer în sala de operaţie (SAU) pentru laparotomie
c. Efectuaţi un lavaj peritoneal de diagnostic (DPL)
d. Se observă până când se mai administrează un litru de lichid cristaloid
e. Examinări abdominale în serie

129. Paramedicii aduc un jucător de fotbal de liceu în vârstă de 17 ani la urgenţă pe o tablă şi cu un guler cervical. În timpul unui meci de fotbal, pacientul a „învăţat" un alt jucător cu casca lui şi, ulterior, a experimentat dureri severe de gât. El neagă paresteziile şi este capabil să-şi mişte toate extremităţile . O scanare CT a coloanei cervicale relevă fracturi multiple ale primei vertebre cervicale. Care dintre următoarele descrie cel mai bine această fractură?

a. Fractură de odontoidă
b. Fractura spânzuratului
c. Fractură Jefferson
d. Fractură de lopătar de lut
e. Fractură în lacrimă

130. Un tânăr de 20 de ani se prezintă la Urgenţe cu multiple înjunghiuri în piept. TA este de 85/50 mm Hg, iar FC este de 123 de bătăi pe minut. Două IV-uri cu diametru mare (intravenos) sunt stabilite şi sunt larg deschise. La examinare, pacientul mormăie de neînţeles, are intrare bună de aer la examenul pulmonar şi observi distensie venoasă jugulară. În timp ce îi ascultaţi inima, asistenta strigă că pacientul şi-a pierdut pulsul şi că nu poate obţine o citire a TA. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Atropină
b. Epinefrină
c. Tuburi toracice bilaterale
d. toracotomie ED
e. Pericardiocenteza

131. Un bărbat în vârstă de 22 de ani sună la urgenţă de la un bar local, afirmând că a fost lovit cu pumnul în faţă cu 10 minute în urmă şi îşi ţine în mână dintele incisiv din faţă. Vrea să ştie care este cel mai bun mod de a conserva dintele. Care dintre următoarele este cel mai potrivit sfat pe care să-l oferi apelantului?

a. Puneţi dintele într-un şervеţel şi aduceţi-l la ED
b. Puneţi dintele într-un pahar cu apă şi aduceţi-l la ED
c. Puneţi dintele într-un pahar de bere şi aduceţi-l la ED
d. Turnaţi puţină apă peste dinte şi puneţi-l imediat înapoi în alveole
e. Puneţi dintele într-un pahar cu lapte şi aduceţi-l la ED

132. Un tânăr de 19 ani este adus în camera de traumatologie de către EMS

după un accident frontal cu bicicleta. Pacientul nu purta cască. La prezentare, TA este de 125/75 mm Hg, HR este de 105 bătăi pe minut, RR este de 19 respiraţii pe minut şi saturaţia de oxigen este de 100% pe mască. Ochii lui sunt închişi, dar deschişi la comandă. Îşi poate mişca braţele şi picioarele la comandă. Când îi pui întrebări, este dezorientat, dar este capabil să converseze. Care este scorul GCS al acestui pacient?

a. 11
b. 12
c. 13
d. 14
e. 15

133. Un tânăr de 18 ani se prezintă la urgenţă după ce a fost înjunghiat în abdomen. FC lui este de 140 de bătăi pe minut şi TA este de 90/40 mm Hg. El strigă că îl doare. Două IV-uri cu diametru mare sunt introduse în fosa lui antecubitală şi fluidele sunt larg deschise. După 2 L de lichide, TA nu se îmbunătăţeşte. Care dintre următoarele este cel mai frecvent organ rănit în rănile înjunghiate?

a. Ficat
b. Intestinul subtire
c. Stomac
d. Colon
e. Splină

134. Un bărbat de 61 de ani se prezintă la urgenţă cu durere în peretele toracic după o coliziune cu un autovehicul. El rosteşte propoziţii complete, sunetele respiratorii sunt egale bilateral şi extremităţile lui sunt bine perfuzate. TA este de 150/75 mm Hg, FC este de 92 de bătăi pe minut, iar saturaţia de oxigen este de 97% în aerul camerei. Radiografia toracică evidenţiază fracturi ale coastei a şaptea şi a opta a toracelui anterolat drept. Nu are alte răni identificabile. Care dintre următoarele este cel mai potrivit tratament pentru fracturile de coastă ale acestui pacient?

a. Aplicaţi bandă adezivă pe peretele toracic perpendicular pe fracturile coastelor
b. Introduceţi un tub toracic în toracele drept
c. Aduceţi pacientul la sala de operaţie pentru fixare chirurgicală
d. Analgezie şi spirometrie stimulativă
e. Observare

135. Un bărbat în vârstă de 27 de ani a fost cumpărat la urgenţă de paramedici după o coliziune cu un autovehicul. RR este de 45 de respiraţii pe minut, saturaţia de oxigen este de 89%, HR este de 112 bătăi pe minut şi TA este de 115/75 mm Hg. Îi auscultaţi pieptul şi auziţi zgomote reduse ale respiraţiei în stânga. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în

management?
a. Comandați o radiografie toracică STAT
b. Efectuați o pericardiocenteză
c. Efectuați un DPL
d. Efectuați o toracotomie ED
e. Efectuați o toracostomie cu tub

136. Un bărbat de 29 de ani este adus la urgență de către EMS după ce a fost înjunghiat în partea stângă a spatelui. TA este de 120/80 mm Hg, HR este de 105 bătăi pe minut, RR este de 16 respirații pe minut și saturația de oxigen este de 98% în aerul camerei. La sondajul secundar, observați slăbiciune motorie a extremității sale inferioare stângi și pierderea senzației de durere în extremitatea inferioară dreaptă. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?
a. Șoc spinal
b. Sindromul cordonului central
c. Sindromul cordonului anterior
d. Sindromul Brown-Sequard
e. Sindromul cauda equina

137. Un bărbat de 33 de ani, care bea mult la un bar, se prezintă la Urgențe după ce s-a bătut. Un spectator le spune paramedicilor că pacientul a fost lovit cu pumnii și cu picioarele de mai multe ori și a primit mai multe lovituri în cap cu un scaun. În ED, tensiunea arterială este de 150/75 mm Hg, HR este de 90 de bătăi pe minut, RR este de 13 respirații pe minut și saturația de oxigen este de 100% la non-respirare. La examinare, el deschide ochii la durere și pupilele sale sunt egale și reactive. Există o lacerație pe partea dreaptă a capului. Își retrage brațul pentru durere, dar altfel nu se mișcă. Îi pui întrebări, dar el doar geme. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?
a. Pregătiți-vă pentru intubare
b. Repararea cu sutură a lacerării capului
c. Se administrează manitol
d. Găuri de bavuri bilaterale
e. Intervenție neurochirurgicală

138. Un bărbat de 74 de ani se prezintă la Urgență după ce a fost implicat într-o coliziune cu un autovehicul. El afirmă că purta centura de siguranță pe scaunul șoferului când o mașină l-a lovit din spate. El crede că pieptul i-a lovit volanul și acum se plânge de dureri de respirație. RR este de 20 de respirații pe minut, saturația de oxigen este de 98% în aerul din cameră, TA este de 145/75 mm Hg și HR este de 90 de bătăi pe minut. La examinare, observi respirații paradoxale. Care dintre următoarele descrie cel mai bine un cufăr?
a. O coastă cu trei locuri de fractură
b. Două coaste adiacente fiecare cu două locuri de fractură
c. Trei coaste adiacente fiecare cu două locuri de fractură

d. O coastă fracturată pe partea dreaptă şi o coastă fracturată pe partea stângă
e. Două coaste fracturate pe partea dreaptă şi două coaste fracturate pe partea stângă

139. Un bărbat de 29 de ani se prezintă la Urgenţe după ce a fost înjunghiat în gât. Pacientul vorbeşte în propoziţii complete. Sunetele respiratorii sunt egale bilateral. TA este de 130/75 mm Hg, HR este de 95 de bătăi pe minut, RR este de 16 respiraţii pe minut şi saturaţia de oxigen este de 99% în aerul din cameră. Plaga de înjunghiere este situată între unghiul mandibulei şi cartilajul cricoid şi încalcă platisma. Există sânge care curge din loc, deşi nu există hematom în expansiune. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Explorează rana şi clemă orb orice loc de sângerare.
b. Sondaţi rana căutând vase rănite.
c. Aplicaţi presiune directă şi aduceţi pacientul imediat la sala de operare pentru a explora zona 1 leziune.
d. Aplicaţi presiune directă şi aduceţi pacientul imediat la sala de operare pentru a explora leziunea din zona 2.
e. Aplicaţi presiune directă şi aduceţi pacientul imediat la sala de operare pentru a explora leziunea din zona 3.

140. Un bărbat în vârstă de 45 de ani este adus la urgenţă în urma unei coliziuni frontale cu un autovehicul . Paramedicii de la faţa locului vă spun că partea din faţă a maşinii este spartă. TA pacientului este de 130/80 mm Hg, HR este de 100 de bătăi pe minut, RR este de 15 respiraţii pe minut, iar saturaţia de oxigen este de 98% în aerul camerei. Radiografiile coloanei cervicale relevă fracturi bilaterale ale vertebrei C2. Examenul neurologic al pacientului este neremarcabil. Care dintre următoarele descrie cel mai bine această fractură?

a. Fractură Colles
b. Fractura boxerului
c. Fractură Jefferson
d. Fractura spânzuratului
e. Fractură de lopătar de lut

141. Un bărbat de 71 de ani este găsit întins la pământ la un etaj sub balconul apartamentului său. Paramedicii aduc pacientul la ED. Este rece la atingere, cu o temperatură centrală a corpului de 96 ° F. HR este de 119 bătăi pe minut şi TA este de 90/70 mm Hg. Ochii lui sunt închişi, dar se deschid când îi spui numele. Membrele lui se mută la stimuli şi îţi răspunde la întrebări, dar este confuz. La examinare, observaţi lichid limpede picurând din canalul urechii sale stângi şi o zonă de echimoză în jurul osului mastoid. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. fractură LeFort
b. Fractură bazilară a craniului
c. Otita interna
d. Otita externa
e. Fractura trepiedului

142. Un muncitor în construcţii în vârstă de 34 de ani este adus la urgenţă de EMS după ce a căzut la 30 de metri de pe o schelă. Semnele sale vitale sunt HR 124 bătăi pe minut, TA 80/40 mm Hg şi saturaţia de oxigen 93% pe oxigen 100%. Are un traumatism cranian evident, cu o laceraţie a scalpului care acoperă o fractură de craniu pe occiput. Nu vorbeşte când este întrebat cum se numeşte, respiraţia lui este slabă şi auziţi gâlgâit la fiecare încercare de respiraţie. Auscultarea toracelui dezvăluie zgomote respiratorii diminuate în partea dreaptă. Nu există distensie venoasă jugulară (JVD) sau crepitus al peretelui toracic anterior. Bazinul lui este instabil cu mişcare lateral spre medial şi observaţi sânge la nivelul meatului uretral. Piciorul său drept este grav deformat la genunchi şi există o fractură evidentă a braţului stâng. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Introduceţi un tub toracic 32F în cavitatea toracică dreaptă.
b. Efectuaţi un DPL pentru a exclude hemoragia intraabdominală.
c. Creaţi două găuri Burr în bolta craniană pentru a trata un potenţial hematom epidural.
d. Reduceţi imediat leziunile extremităţilor şi plasaţi într-o atela până când pacientul este stabilizat.
e. Planificaţi intubarea endotraheală a căilor aeriene cu stabilizare în linie a coloanei cervicale.

143. Un tânăr de 20 de ani a fost găsit la pământ lângă maşina sa după ce acesta a lovit un copac pe marginea drumului. Trecătorii susţin că bărbatul a coborât din maşină în urma coliziunii, dar s-a prăbuşit în câteva minute. Paramedicii l-au găsit ulterior pe bărbatul inconştient pe marginea drumului. În ED, TA este de 175/90 mm Hg, HR este de 65 de bătăi pe minut, temperatura este de 99,2 ° F, RR este de 12 respiraţii pe minut şi saturaţia de oxigen este de 97% în aerul din cameră. Examenul fizic evidenţiază o pupila dreaptă fixă şi dilatată. Un CT al capului este prezentat mai jos. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

(Reprodus, cu permisiune, din Knoop KJ, Stack LB, Storrow AB. Atlas of Emergency Medicine *. NewYork, NY:McGraw-Hill, 2002:162.)*

a. Hematom epidural
b. Hematom subdural
c. Hemoragia subarahnoidiană (SAH)
d. Hematom intracerebral
e. Contuzie cerebrală

144. O femeie de 81 de ani se prezintă la urgenţă după ce s-a împiedicat de bordura laterală şi a aterizat pe bărbie, provocând o hiperextensie a gâtului. Ea a fost pusă într-un guler cervical de către paramedici. La examinare, ea nu are nicio funcţie senzorio-motorie a extremităţilor ei superioare. Nu îşi poate mişca degetele de la picioare, are 1/5 funcţie motorie din cvadriceps şi doar o senzaţie neregulată la nivelul extremităţilor inferioare. Examenul rectal relevă scăderea tonusului rectal. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Sindromul cordonului central
b. Sindromul cordonului anterior
c. Sindromul Brown-Sequard
d. Mielita transversală
e. Exacerbarea bolii Parkinson

145. Un tânăr de 22 de ani se prezintă la urgenţă după ce a fost ejectat din vehicul în urma unei coliziuni cu un autovehicul cu viteză mare. La sosire, TA este de 85/55 mm Hg, iar FC este de 141 de bătăi pe minut. Două IV-uri cu diametru mare sunt plasate în venele antecubitale şi se administrează soluţie de ringer lactat. După 3 L de lichid cristaloid, TA pacientului este de 83/57 mm Hg. Care dintre următoarele afirmaţii este cea mai potrivită în ceea ce priveşte gestionarea unui pacient cu traumatism hipotensiv care nu răspunde la resuscitarea iniţială de volum?

a. Este important să aşteptaţi sânge complet încrucişat înainte de transfuzie
b. Ar trebui să se folosească sânge integral în loc de celule roşii din sânge (RBC)
c. Transfuzia de sânge ar trebui să înceapă după 4 L de perfuzie cu cristaloid
d. Sângele de tip O care este Rh negativ trebuie transfuzat
e. Sângele de tip O care este Rh pozitiv trebuie transfuzat

146. Un tânăr de 24 de ani este adus la urgenţă de paramedici după ce a fost lovit de o maşină. TA sistolică este de 90 mm Hg la palpare, HR este de 121 de bătăi pe minut, RR este de 28 de respiraţii pe minut, iar saturaţia de oxigen este de 100% la non-respiraţie. Căile respiratorii sunt vizibile şi zgomotele respiratorii sunt egale bilateral. Stabiliţi un acces cu orificii mari şi fluidele sunt larg deschise. Studiul secundar relevă un pelvis instabil la mişcarea cu forţă laterală spre medială. Evaluarea focalizată pe pat prin ecografie pentru traumatism (FAST) este negativă pentru lichidul intraperitoneal. Care dintre următoarele este cel mai potrivit pas imediat următor în management?

a. Tuburi toracice bilaterale
b. Aplicarea fixatorului extern
c. Aplicarea aparatului de fixare pelvină
d. Embolizare venografică

e. Embolizare angiografică

147. Un bărbat de 32 de ani este adus la urgenţă de paramedici după un accident de scufundare. Salvamarul de serviciu însoţeşte pacientul şi afirmă că s-a aruncat cu capul întâi în capătul puţin adânc al piscinei şi nu a reapărut. La examinare, pacientul vorbeşte, dar nu îşi poate mişca braţele sau picioarele şi nu poate simţi durere sub claviculă. El este capabil să simtă atingerea uşoară şi poziţia celor patru extremităţi ale sale. O radiografie a coloanei cervicale nu evidenţiază o fractură. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Leziune a măduvei spinării fără anomalie radiografică (SCIWORA)
b. Sindromul cordonului central
c. Sindromul cordonului anterior
d. Sindromul cauda equina
e. Sindromul Brown-Sequard

148. Un tânăr de 22 de ani este adus la urgenţă la 20 de minute după o coliziune frontală cu un autovehicul în care el era şoferul nereţinut. La sosire, el este alert şi coerent, dar pare cu respiraţia scurtă. Frecvenţa sa este de 117 bătăi pe minut, TA este de 80/60 mm Hg, iar saturaţia de oxigen este de 97% la un aparat fără respiraţie. Examinarea relevă vânătăi pe partea centrală a pieptului său. Venele gâtului nu sunt întinse. Sunetele respiratorii sunt prezente în stânga, dar absente în dreapta. După administrarea a 2 L de soluţie de ringer lactat , TA sistolica rămâne la 80 mm Hg. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Sedaţi, paralizaţi şi intubateţi
b. Efectuaţi o toracostomie cu ac
c. Efectuaţi un DPL
d. Efectuaţi o examinare RAPIDĂ
e. Efectuaţi o pericardiocenteză

149. Un bărbat în vârstă de 87 de ani este adus la urgenţă pe o placă lungă şi într-un guler cervical după ce a căzut pe o treaptă. Neagă că şi-a pierdut - cunoştinţa. La sosire, semnele sale vitale includ o HR de 99 de bătăi pe minut, BP de 160/90 mm Hg şi RR de 16 respiraţii pe minut. Este alert şi vorbeşte în propoziţii complete. Zgomotele respiratorii sunt egale bilateral. În ciuda unei fracturi evidente a braţului drept, pulsurile sale radiale sunt 2+ şi simetrice. La examinarea coloanei vertebrale cervicale, el neagă sensibilitatea la palpare şi nu simţi nicio deformare osoasă. Care dintre următoarele este o afirmaţie adevărată?

a. Hematoamele epidurale sunt foarte frecvente la populaţia de vârstă înaintată.
b. Atrofia cerebrală la populaţia în vârstă oferă protecţie împotriva hematoamelor subdurale.
c. Elasticitatea crescută a plămânilor le permite pacienţilor vârstnici să se recupereze mai rapid decât pacienţii mai tineri.
d. Cea mai frecventă fractură a coloanei cervicale la această grupă de vârstă este o fractură de pană a celei de-a şasea vertebre cervicale.
e. În ciuda lipsei de sensibilitate a coloanei cervicale, imagistica coloanei sale cervicale este justificată.

150. Un bărbat de 41 de ani, care era pasager reţinut pe scaunul din faţă într-o coliziune cu un autovehicul de mare viteză, este adus la urgenţă de paramedici. Semnele sale vitale sunt TA 90/50 mm Hg, HR 125 bătăi pe minut şi RR 20 respiraţii pe minut. La examinare, el este alert şi îţi răspunde la întrebări. Sunetele respiraţiei sale sunt egale bilateral, iar peretele toracic este fără contuzie sau crepitus osos. Abdomenul este moale şi nedistindet. Pelvisul lui este instabil. O examinare FAST şi DPL sunt negative pentru lichidul intraperitoneal. Radiografiile iniţiale relevă o peliculă toracică normală şi o fractură pelvină cu carte deschisă. În ciuda perfuziei cu 2 L de soluţie de ringer lactat, TA este acum de 80/40 mm Hg. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Laparotomie exploratorie imediată
b. Angiografie pelviană cu embolizare a vaselor pelvine
c. scanare CT
d. Pericardiocenteza
e. Uretrograma retrogradă

151. Un bărbat în vârstă de 45 de ani a fost adus la urgență după o coliziune frontală cu un autovehicul. TA este de 85/45 mm Hg, iar FC este de 130 de bătăi pe minut. El vorbește coerent. Sunetele lui respiratorii sunt egale bilateral. După 2 L de resuscitare cu lichid, TA este de 80/40 mm Hg. O examinare RAPIDĂ evidențiază lichid în punga Morison. Care dintre următoarele organe este cel mai probabil să fie rănit în cazul unui traumatism abdominal contondent?

a. Liver
b. Spleen
c. Kidney
d. Small bowel
e. Bladder

152. Un bărbat de 47 de ani este adus în UR după ce a căzut la 20 de metri de pe o scară. HR este de 110 bătăi pe minut, TA este de 110/80 mm Hg, RR este de 20 de respirații pe minut și saturația de oxigen este de 100% pe mască de față. El este capabil să vă răspundă întrebărilor fără dificultate. Pieptul lui este limpede, cu sunete respiratorii bilaterale, abdomenul nu este sensibil, pelvisul este stabil, iar examenul FAST este negativ. Observați un hematom scrotal mare și sânge la nivelul meatului uretral. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Ecografia scrotală
b. Radiografie rinichi-ureter-vezică urinară (KUB).
c. Pielograma IV
d. Cistograma retrogradă
e. Uretrograma retrogradă

153. Un tânăr de 17 ani se prezintă la urgență după ce a fost lovit în ochiul drept cu o minge de tenis în timpul unui meci de tenis. La sosirea la ED, observați umflături periorbitale și echimoze. Acuitatea vizuală a pacientului este de 20/20. Când îi testați mușchii extraoculari, observați că ochiul drept nu poate privi superior, dar ochiul stâng poate. El descrie, de asemenea, durerea la ochiul drept atunci când încearcă să privească în sus. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Fractura arcului zigomatic
b. Fractura planșeului orbital
c. Hematom retrobulbar
d. Glob rupt
e. Fractura mandibulei cu blocarea pterigoidului

154. Un tânăr de 24 de ani este adus la Urgențe după ce a fost împușcat o dată în abdomen. La sosire, TA este de 100/60 mm Hg, HR este de 115 bătăi pe minut și RR este de 22 de respirații pe minut. Căile respiratorii lui sunt vizibile și auzi sunete respiratorii bilateral. La examinarea abdominală, observați o singură rană

de intrare de glonț la aproximativ 1 cm la dreapta ombilicului. În timpul rostogolirei, vedeți o rană de ieșire de un singur glonț la aproximativ 3 cm la dreapta coloanei lombare. Scorul său GCS este 15. TA pacientului este acum 85/65 mm Hg și HR este de 125 bătăi pe minut după 2 L de lichid. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Sondați rana de intrare pentru a vedea dacă încalcă peritoneul
b. Efectuați o examinare RAPIDĂ
c. Efectuați un DPL
d. Duceți pacientul direct la scanerul CT
e. Duceți pacientul direct la sala de operare

155. O femeie in varsta de 55 de ani se prezinta la Urgenta declarand ca ii sangereaza abundent nasul in ultimele 3 ore. După 25 de minute de presiune bilaterală asupra septului nazal, există încă sângerări abundente. Plasați - împachetare nazală anterioară bilateral, dar sângerarea încă persistă. Pacientul începe să devină anxios. TA este de 110/70 mm Hg, HR este de 80 de bătăi pe minut, RR este de 18 respirații pe minut și saturația de oxigen este de 98%. Rezultatele de laborator arată un număr de globule albe (WBC) de 9000, hematocrit (HCT) 34%, trombocite de 225.000 și raportul internațional normalizat (INR) 1,1. Sub vizualizare directă, observați sângerarea care provine din partea posterioară a septului ei. Care dintre următoarele este cel mai potrivit management?

a. Puneți o garnitură nazală posterioară, începeți antibiotice și internați pacientul într-un pat de spital supravegheat.
b. Așezați pacientul în decubit dorsal și așteptați rezolvarea spontană a sângerării.
c. Păstrați presiune pe septul ei nazal și administrați plasmă proaspătă congelată și trombocite.
d. Puneți o garnitură nazală posterioară și externați pacientul acasă cu urmărire în 24 de ore.
e. Aplicați nitrat de argint pe mucoasa nazală până când sângerarea se oprește.

156. Paramedicii aduc la urgență un bărbat de 44 de ani. A fost găsit în mijlocul străzii după ce a fost lovit de o mașină. TA sistolică este de 70 mm Hg; nu se poate obține o TA diastolică. Ritmul cardiac este de 125 de bătăi pe minut, iar saturația de oxigen este de 89% în aerul din cameră. Ochii pacientului sunt închiși. Îi întrebi pacientul cum se numește și el nu răspunde. Nu există niciun răspuns când îi ceri să-și miște membrele. Observați că piciorul său stâng este grav deformat și există o rănire mare la brațul drept. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Pregătiți-vă pentru intubația orotraheală emergentă.
b. Începeți resuscitarea agresivă cu fluide și administrați morfină pentru durere.
c. Aplicați un garou chiar deasupra piciorului stâng și începeți resuscitarea cu lichid.
d. Aplicați presiune pe laceratie, faceți atela piciorul stâng și comandați o

radiografie.

e. Administrează eritrocite ambalate și adu-l la scanerul CT pentru o scanare pan.

157. Un băiat de 17 ani este găsit inconştient într-o piscină. El este adus la urgenţă de paramedicii deja intubaţi. În ED, pacientul nu răspunde cu respiraţie abdominală spontană cu o frecvenţă de 16 respiraţii pe minut, TA de 80/50 mm Hg și HR de 49 de bătăi pe minut. Pe lângă hipoxemie, ce condiție trebuie luată în considerare cel mai devreme în managementul acestui pacient?

a. Leziune a coloanei cervicale
b. Dezechilibru electrolitic
c. Acidoza metabolica
d. Atelectazie severă
e. Ingestie toxică

158. O femeie de 26 de ani, care era șofer pe scaunul din faţă cu centură în urma unei coliziuni frontale cu un autovehicul, este adusă la urgenţă. Ea vorbește, dar se plânge de agravarea progresivă a dificultăţii respiratorii și a hemoptiziei. TA este de 135/75 mm Hg, HR este de 111 bătăi pe minut, RR este de 24 de respiraţii pe minut, iar saturația de oxigen este de 96% la non-respirare. La examinare, observați echimoză peste partea dreaptă a pieptului ei. Sunetele ei respiratorii sunt egale bilateral. Nu există crepitus osos și traheea este linia mediană. După ce ați plasat două IV-uri cu diametru mare și ați finalizat sondajele primare și secundare , vedeți radiografie toracică văzută mai jos. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Ruptura diafragmei
b. Hemotorax
c. Pneumotorax de tensiune (PTX)
d. Contuzie pulmonară
e. Sindromul de detresă respiratorie acută (ARDS)

159. Un tânăr de 22 de ani este adus la urgenţă după ce a suferit o singură împuşcare (GSW) la coapsa dreaptă. La sosire, FC lui este de 105 bătăi pe minut şi TA este de 115/75 mm Hg. Observaţi un hematom mare al coapsei sale mediale. Pacientul se plânge de amorţeală la piciorul drept. La examinarea extremităţii, piciorul drept este palid şi nu puteţi palpa un puls distal, dar puteţi localiza dorsalul pedis prin Doppler. În plus, pacientul nu poate mişca piciorul. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Angiografie
b. Explorări şi reparaţii în blocul operator
c. Fasciotomie pentru tratarea sindromului compartimental
d. Explorarea rănilor
e. Scanarea CT a extremităţii drepte

160. O femeie de 67 de ani este adusă la urgenţă după ce a fost lovită de un biciclist în timp ce traversa strada. La sosirea la ED, ochii ei rămân închişi la stimuli, nu scoate sunete verbale şi se retrage doar la stimuli durerosi . Îi atribui un GCS de 6. TA este de 175/90 mm Hg şi HR este de 75 de bătăi pe minut. Pe măsură ce îi deschizi pleoapele, observi că pupila ei dreaptă este de 8 mm şi nereactivă, iar stânga este de 4 mm şi minim reactivă. Care dintre următoarele este cea mai frecventă manifestare a creşterii presiunii intracraniene (ICP) care provoacă hernie cerebrală?

a. Schimbarea nivelului de conştiinţă
b. Dilatarea pupilară ipsilaterală
c. Dilatarea pupilară contralaterală
d. TA crescută semnificativ
e. Hemipareza

161. Un bărbat de 34 de ani este adus la urgenţă după ce a fost împuşcat în partea dreaptă a pieptului. Pacientul este treaz şi vorbeşte. Sunetele respiratorii sunt diminuate în partea dreaptă. Nu există crepitus osos sau deviaţie traheală. TA este de 95/65 mm Hg, HR este de 121 de bătăi pe minut şi RR este de 23 de respiraţii pe minut. Radiografia toracică în decubit dorsal dezvăluie un aspect neclar pe întreg câmpul pulmonar drept. Puneţi un tub toracic 36F în cavitatea toracică dreaptă şi observaţi 1200 cc de sânge în sistemul de drenaj al tubului toracic. Care dintre următoarele este o indicaţie pentru toracotomie?

a. 500 cc de drenaj iniţial de sânge prin tub toracic
b. 1200 cc de drenaj iniţial de sânge prin tub toracic

c. Sângerare persistentă din tubul toracic la o viteză de 50 cc/h
d. Radiografie toracică cu un câmp pulmonar mai mare de 50% alb
e. Dovada unui PTX

162. O femeie de 32 de ani este adusă la urgență de paramedici după ce a fost implicată într-o coliziune cu un autovehicul. Pacientul era pasagerul de pe scaunul din față al mașinii și nu purta centura de siguranță. În ED, pacientul vorbește și se plânge de dureri abdominale. Sunetele ei respiratorii sunt egale bilateral. Observați un abdomen destins. O examinare FAST este pozitivă pentru lichid în cadranul superior stâng (LUQ). TA ei este de 90/70 mm Hg și HR este de 120 de bătăi pe minut. Se administrează 2 L de soluție de cristaloid. TA repetă este de 80/60 mm Hg. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Administrați un vasoconstrictor, cum ar fi epinefrina.
b. Se administrează încă 2 L de cristaloid.
c. Se administrează sânge tip O, Rh negativ.
d. Aduceți pacientul la scanerul CT pentru o scanare de urgență.
e. Efectuați o altă examinare FAST pentru a vedea dacă lichidul crește.

163. O femeie însărcinată de 27 de ani, aflată în al treilea trimestru de sarcină, este adusă la urgență după ce a fost implicată într-o coliziune cu un autovehicul cu viteză redusă. Pacientul purta centura de siguranță pe bancheta din spate a unei mașini care a fost lovită în față de o altă mașină. TA ei este de 120/70 mm Hg și HR este de 107 bătăi pe minut. Căile respiratorii ei sunt vizibile, respirația sună egală bilateral și pielea este caldă cu 2+ pulsuri. Examenul FAST este negativ pentru lichid liber. Evaluarea fătului dezvăluie HR fetală adecvată și mișcarea fetală. TA maternă repetă este de 120/75 mm Hg. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Efectuați o operație cezariană imediată în sala de operație.
b. Efectuați o operație cezariană imediată în ED.
c. Scanarea CT a abdomenului și a pelvisului pentru a exclude leziuni oculte
d. Eliberați pacientul dacă testele de laborator sunt normale.
e. Monitorizați pacientul și fătul cel puțin 4 ore.

164. Un bărbat de 61 de ani se prezintă la urgență cu dureri de spate după ce a alunecat ieri pe un trotuar înghețat. El afirmă că durerea a început pe partea stângă a spatelui inferior și acum implică partea dreaptă și iradiază în jos pe ambele picioare. De asemenea, a observat dificultăți la urinare încă de aseară. La examenul neurologic, el nu își poate flexa plantar picioarele. Examenul rectal relevă tonusul rectal diminuat. Are antecedente medicale de hipertensiune arterială cronică și a suferit o „operație pe vas" cu mulți ani în urmă. Care dintre următoarele este cel mai bun diagnostic?

a. Anevrism de aortă abdominală
b. Hernie de disc
c. Stenoza coloanei vertebrale
d. Sindromul cauda equina
e. Osteomielita

165. Paramedicii aduc la urgență o femeie de 55 de ani, după ce a fost lovită de un autovehicul care circula cu 30 mile/h. TA este de 165/95 mm Hg, HR este de 105 bătăi pe minut și RR este de 20 de respirații pe minut. La sosire, ea nu deschide ochii, este verbală, dar nu are niciun sens și se retrage la stimuli dureroși. Îi atribui un scor GCS de 8. Pe măsură ce te pregătești să intu bat pacientul, un coleg observă că pupila ei stângă s-a dilatat în comparație cu cea dreaptă. Care dintre următoarele are cel mai rapid efect de reducere a ICP?

a. Decompresie craniană
b. Dexametazonă
c. Furosemid
d. Hiperventilația
e. Manitol

166. O mașină se apropie de urgența dumneavoastră și dă jos un tânăr de 19 ani care a fost împușcat în piept. Bărbatul îți spune numele și se plânge de dureri în piept în partea dreaptă și dificultăți de respirație. La studiul primar, căile respiratorii lui sunt permeabile, iar orofaringele nu are sânge sau dinți deplasați. El respiră cu 32 de bătăi pe minut cu retractii și o saturație de oxigen de 88% la 15 L de oxigen. Există o rană de glonț la mijlocul pieptului drept, cu o altă rană în spate. Traheea lui este deviată spre stânga. La auscultare, are zgomote respiratorii diminuate pe partea dreaptă. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Radiografia toracică portabilă Stat
b. Intubația
c. Efectuați toracotomie ED
d. Sunați la serviciul chirurgical
e. Decompresie cu ac

traume

Răspunsuri

124. **Răspunsul este a.** *(Moore, pp. 385-401.)* Pacientul a suferit o **comoţie cerebrală.** Aceasta este cauzată de o leziune a capului care duce la o **scurtă pierdere a funcţiei neurologice** . Aceşti indivizi sunt adesea amnestici la eveniment şi pun frecvent aceleaşi întrebări din nou şi din nou (perseverări). Cefaleea cu sau fără vărsături este în general prezentă; cu toate acestea, nu există constatări neurologice focale la examinare. Pierderea conştienţei rezultă din afectarea sistemului de activare reticular. Pacienţii prezintă o îmbunătăţire clinică rapidă. Scanarea CT este normală.

Leziunea axonală difuză **(b)** este cauzată de forfecarea microscopică a fibrelor nervoase ale creierului. Pacienţii prezintă de obicei inconştienţi şi rămân în comă pentru o perioadă prelungită de timp. Deşi scanarea CT nu arată o leziune în masă, pacienţii au o rată a mortalităţii de peste 33%. Caracteristicile clinice ale unei contuzii cerebrale **(c)** sunt similare cu cele ale unei comoţii, cu excepţia disfuncţiei neurologice mai profunde şi prelungite şi pot fi prezente deficite focale dacă apar contuzii în zona senzorio-motorie. Aceste leziuni apar atunci când creierul loveşte craniul. Leziunea este de obicei observată la tomografia computerizată. Epilepsia posttraumatică **(d)** este asociată cu hematoame intracraniene şi fracturi craniene deprimate. Convulsiile apar, în general, în prima săptămână de la accidentarea capului. Unii oameni de ştiinţă cred că traumatismele craniene predispun la boala Alzheimer **(e)** ; cu toate acestea, acest lucru ar dura ani pentru a se dezvolta.

125. **Răspunsul este b.** *(Moore, pp. 564-567.)* Leziunile cardiace contondente - rezultă de obicei din ciocniri cu vehicule de mare viteză în care peretele toracic loveşte volanul. Deşi toate sunt asociate cu complicaţii potenţial fatale, ele ar trebui privite clinic ca un spectru continuu de leziuni miocardice: comoţie (fără leziuni permanente ale celulelor), contuzie (leziuni permanente ale celulelor), infarct (moarte celulară), tamponada (sângerare în pericard) şi ruptură (exsanguinare). Mecanismul de leziune într-o contuzie cardiacă implică o decelerare de mare viteză, care face ca inima să se deplaseze înainte, lovind cu forţa sternul. În plus, forţa directă de lovire a unui obiect (de exemplu, volanul) poate afecta şi inima. **Ventriculul drept** este **cel mai frecvent afectat,** deoarece este

cel mai anterior aspect al inimii şi este cel mai aproape de stern.

126. **Răspunsul este d.** *(Moore, pp 201-220.)* Hipovolemia secundară hemoragiei este cea mai frecventă cauză de şoc la pacientul cu traumatism. Cele mai precoce semne de şoc hemoragic sunt tahicardia şi vasoconstricţia cutanată . Cantitatea de pierdere de sânge prezentă poate fi estimată pe baza prezentării clinice iniţiale a individului. **Hemoragia de clasa I (a** şi **b)** se caracterizează prin pierderi de sânge de la 0% la 15% (0-750 ml). Această etapă prezintă semne şi simptome clinice minime. Pacientul este normotensiv cu o HR uşor crescută (HR > 100). **Hemoragia de clasa II (c)** se caracterizează prin pierderi de sânge de 15% până la 30% (750-1500 ml). Această etapă prezintă tahicardie (HR > 100) cu o presiune îngustă a pulsului, reumplere capilară întârziată, anxietate uşoară , tahipnee şi o scădere uşoară a debitului de urină. **Hemoragia de clasa III** se caracterizează prin pierderi de sânge de 30% până la 40% (1500-2000 ml). Această etapă prezintă tahipnee, tahicardie (HR > 120), **scăderea TA sistolică** , umplerea capilară întârziată, scăderea debitului de urină şi o schimbare a stării mentale. **Hemoragia de clasa IV (e)** se caracterizează prin pierderi de sânge mai mari de 40% (> 2 L). Această etapă prezintă şoc evident, tahicardie (HR > 140), scăderea TA sistolică, presiunea pulsului extrem de îngustă, debitul redus de urină, umplerea capilară întârziată, confuzie şi letargie.

127. **Răspunsul este e.** *(Moore, pp. 21-35.)* Trauma este principala cauză de deces între 1 şi 44 de ani. Multe dintre aceste leziuni pot fi tratate în principal pentru că pacienţii sunt tineri şi altfel sănătoşi. Rolul principal al medicului de urgenţă este de a evalua, resuscita şi stabiliza cu prioritate pacientul traumatizat. Există trei momente de vârf pentru decesele cauzate de traume. Prima, clasificată drept **moarte imediată** , este perioada cu cel mai mare număr de decese. Acest lucru se întâmplă în câteva secunde până la minute de la rănire şi aceşti pacienţi mor în general la faţa locului. Cauza este cel mai frecvent cauzată de **leziuni masive ale capului** , urmate de leziuni ale coloanei cervicale înalte cu perturbarea măduvei spinării, rupturi cardiace şi ale vaselor mari şi obstrucţia căilor respiratorii . A doua perioadă de vârf, clasificată ca **deces precoce** , are loc în câteva minute până la câteva ore de la vătămare. Aceasta este perioada numită „ora de aur" în care intervenţia este critică şi reduce semnificativ rata morbidităţii şi mortalităţii la aceşti pacienţi. Moartea la aceşti pacienţi este în general secundară - hematoamelor subdurale şi epidurale. Alte cauze de deces din acest grup includ ruperea splinei, ficatul lacerat, şoc hipovolemic, fractura pelvisului sau a oaselor lungi multiple, hemopneumotorax, pneumotho rax tensional, tamponada cardiacă şi disecţia sau ruptura aortei. A treia perioadă de vârf, clasificată ca **deces întârziat** , are loc la câteva zile până la săptămâni după accidentarea iniţială.

Moartea la aceşti pacienţi este de obicei rezultatul unei insuficienţe de organe multisistemice şi al sepsisului.

128. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp. 415-435.)* Imaginea dezvăluie **lichid** în spaţiul dintre rinichiul drept şi ficat, cunoscut sub numele de **pungă Morison.** Lichidul liber este văzut ca o zonă anechoică (de culoare neagră). Examenul FAST înlocuieşte DPL în cazurile de traumatism abdominal. Este ieftin, neinvaziv şi confirmă prezenţa hemoperitoneului în câteva minute. Cantitatea minimă de lichid intraperitoneal necesară pentru detectarea prin ultrasunete este de aproximativ 70 cc. Pacienţii care rămân instabili în ciuda resuscitării cu volum şi au lichid intraperitoneal demonstrat prin examenul FAST trebuie să fie duşi la sala de operaţie pentru o **laparotomie** pentru a identifica şi trata sursa sângerării.

(a) Scanarea CT este o modalitate de diagnostic foarte utilă în traumatismele abdominale contondente, permiţând localizarea leziunilor în abdomen. Dacă semnele vitale ale pacientului s-au îmbunătăţit după resuscitarea volumului sau sunt stabile la prezentare , pacientul va fi supus unei tomografii abdominale. **(c)** În cazul în care examenul FAST a fost negativ şi pacientul a rămas hipotensiv în ciuda resuscitarii de volum, atunci ar trebui efectuat un DPL, care poate creşte sensibilitatea de a găsi o sursă abdominală de sângerare. **(d)** Cu semne vitale instabile şi un examen FAST pozitiv, pacientul necesită o laparotomie. În mod ideal, va primi încă un litru de lichid cristaloid sau sânge în drum spre sala de operaţie. **(e)** Examinările abdominale în serie pot fi adecvate în anumite cazuri de traumatism abdominal cu semne vitale stabile şi fără leziuni interne evidente.

129. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp. 329-342.)* Spearing — lovirea unui alt jucător cu coroana căştii — generează o forţă de încărcare axială care se transmite prin condilii occipitali către suprafeţele articulare superioare ale maselor laterale ale primei vertebre cervicale (C1). Această fractură este denumită în mod obişnuit **fractură Jefferson.** Este considerată o fractură instabilă şi este asociată cu fracturi C2 în 40% din timp. Pe radiografia simplă , se vede cel mai bine în vederea odontoidiană cu gura deschisă, deoarece masele laterale sunt deplasate lateral. Este asociată cu accidente de scufundări şi, în acest scenariu, „sulita" într-un joc de fotbal, ceea ce impune o sarcină axială crescută a coloanei cervicale. Măsurile de precauţie adecvate ale coloanei cervicale ar trebui să rămână în vigoare pe tot parcursul managementului său în UR.

(a) Fracturile odontoide apar atunci când există o fractură prin procesul odontoid al vertebrei C2. **(b)** O fractură a spânzuratorului, sau spondiloliza traumatică a C2, apare atunci când cervicocraniul este aruncat într-o hiperextensie extremă secundară decelerației bruşte (de exemplu, coliziuni

frontale cu vehicule cu viteză mare). **(d)** Fractura de luptă are loc secundar hiperextensiei cervicale sau traumatismului direct la nivelul gâtului posterior, rezultând o fractură prin avulsiune a apofizei spinoase (de exemplu, atacul cu un obiect contondent în spatele gâtului). **(e)** O fractură în lacrimă apare din hiperflexia severă a coloanei cervicale şi este frecvent întâlnită după accidente de scufundare. Această leziune perturbă toate ligamentele cervicale, articulaţiile faţetelor şi provoacă o fractură triunghiulară a unei părţi a corpului vertebral. Este asociat cu sindromul cordonului anterior.

130. **Răspunsul este d.** *(Rosen, p. 401.)* Vigneta descrie un stop traumatic după un traumatism toracic penetrant. Cauza cea mai probabilă este **tamponarea cardiacă** , care apare în aproximativ 2% din traumatismele toracice cu penetrare anterioară. Din punct de vedere clinic, pacienţii prezintă **hipotensiune arterială, JVD şi zgomote cardiace înfundate** . Aceste trei semne se numesc **triada Beck** . În plus, cardia tahică este adesea prezentă. JVD poate să nu fie prezent dacă există hipovolemie marcată . Cea mai eficientă metodă de ameliorare a tamponamentului pericardic acut în cadrul traumatismului este **toracotomia** şi incizia pericardului cu îndepărtarea sângelui din sacul pericardic. Indicaţiile pentru efectuarea unei toracotomii ED includ, în general, pacienţii cu traumatisme contondente sau penetrante care îşi pierd semnele vitale în transportul către sau în ED. Pacienţii cu răni penetrante au şanse semnificativ mai mari de a supravieţui cu toracotomie ; de asemenea, pacienţii cu răni înjunghiate au mai multe şanse să se descurce mai bine decât GSW.

(a şi b) Rolul medicamentelor avansate de susţinere a vieţii cardiace (ACLS) în stopul traumatic este neclar. Cu toate acestea, pacienţii aflaţi în stop traumatic necesită de obicei intervenţie chirurgicală, mai degrabă decât intervenţie medicală. **(c)** Amplasarea tubului toracic nu va trata tamponarea pericardică. Dacă pacientul avea dovezi de tensiune PTX, tuburile toracice sunt tratamentul de elecţie. **(e)** Pericardiocenteza poate fi sau nu eficientă în tamponada traumatică acută, deoarece pericardul este de obicei dilatat de sângele coagulat mai degrabă decât de sângele liber. Pericardiocenteza este indicată pacienţilor cu suspiciune de tamponare cardiacă care au semne vitale măsurabile şi stabile.

131. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp. 902-904.)* Pacientul are un **dinte avulsat** , care este o **urgenţă dentară.** Atunci când un dinte lipseşte de la un pacient, trebuie luată în considerare posibilitatea de aspiraţie sau prindere în ţesuturile moi . Dinţii permanenţi avulzaţi necesită intervenţie promptă. Cel mai bun mediu - pentru un dinte avulsat este alveţia sa. **Replantarea** are cel mai mare succes dacă dintele este **readus** în **alveolele sale** în decurs de 30 de minute de la avulsie. O şansă de 1% de replantare reuşită se pierde pentru fiecare minut în care dintele

se află în afara alveolei sale. Dintele trebuie manipulat doar de coroană, pentru a nu perturba rădăcina. Dacă pacientul nu poate replanta dintele, atunci el sau ea trebuie să țină dintele sub limbă sau în punga bucală, astfel încât să fie scăldat în salivă. Dacă acest lucru nu se poate realiza, atunci dintele poate fi plasat într-o cană de lapte **(e)** sau în ser fiziologic. Cea mai bună soluție de transport este **soluția Hank** , care este o soluție chimică tamponată. Cu toate acestea, este de obicei indisponibil în această setare.

(a) Cea mai proastă situație este transportarea dintelui într-un mediu uscat. **(b** și **c)** Apa și berea sunt mai puțin decât ideale. Saliva, laptele sau soluția salină sunt soluții mai bune.

132. **Răspunsul este c.** *(Rosen, p. 138.)* Scorul GCS, așa cum se vede mai jos, poate fi folosit ca instrument de clasificare a leziunilor capului și este o metodă obiectivă de urmărire a stării neurologice a pacientului. GCS evaluează **ochiul unei persoane, verbal,**

O scală de comă Glasgow

Deschiderea ochilor	Spontan	4
	La comandă verbală	3
	La durere	2
	Niciuna	1
Reactivitate verbală	Orientat	5
	Confuz	4
	Cuvinte nepotrivite	3
	Sunete de neînțeles	2
	Niciuna	1
Răspunsul motor	Se supune	6
	Localizat	5
	Se retrage (durere)	4
	Flexie (durere)	3
	Extensie (durere)	2
	Niciuna	1
	Total: _____	

(Reprodus, cu permisiune, din Stone CK, Humphries RL, eds. The multiply injured patient. În: Diagnostic și tratament curent: Medicină de urgență. *a 6-a ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2008: Figura 10-2.)*

și reacția motorie . Deși GCS a fost dezvoltat inițial pentru a evalua traumatismele craniene la 6 ore după leziune, este utilizat în mod obișnuit în prezentarea acută. Acest pacient a primit un scor de 3 pentru deschiderea ochilor la comandă verbală, 4 pentru dezorientare, dar familiarizat și 6 pentru ascultarea de comenzi verbale.

133. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp. 415-416.)* Întrucât majoritatea oamenilor sunt dreptaci şi ţin instrumentul care ofensă în mâna dreaptă, LUQ este cel mai frecvent rănit în rănile de înjunghiere. Cu toate acestea, **ficatul** ocupă cel mai mult spaţiu în abdomen şi, prin urmare, este cel mai frecvent organ rănit.

(b) Intestinul subţire este al doilea organ cel mai frecvent rănit în rănile înjunghiate şi este cel mai frecvent organ rănit în traumatismele abdominale penetrante de proiectil (de exemplu, GSW). Stomacul, colonul şi splina **(c, d şi e)** sunt rănite mai puţin frecvent decât ficatul şi intestinul subţire în cazul traumei abdominale penetrante.

134. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp. 381-382.)* **Fracturile simple ale coastelor** sunt cea mai comună formă de leziune toracică semnificativă. Coastele se rup de obicei în punctul de impact sau în unghiul posterior, care este din punct de vedere structural zona cea mai slabă. A patra până la a noua coastă sunt cel mai frecvent implicate. Fracturile costale apar mai frecvent la adulţi decât la copii, datorită inelasticităţii relative a peretelui toracic adulţilor, comparativ cu peretele toracic mai flexibil al copiilor. Prezenţa a două sau mai multe fracturi de coastă la orice nivel este asociată cu o incidenţă mai mare a leziunilor interne. Tratamentul pacienţilor cu fracturi acute simple ale coastelor include **ameliorarea adecvată a durerii şi menţinerea funcţiei pulmonare** . Medicamentele orale pentru durere sunt de obicei suficiente pentru pacienţii tineri şi sănătoşi. Pacienţii mai în vârstă pot necesita o analgezie mai bună cu opioide, dar trebuie avută grijă pentru a evita suprasedarea. Continuarea activităţilor zilnice şi respiraţia profundă este importantă pentru asigurarea ventilaţiei şi prevenirea atelectaziei. Dacă există o întrebare despre capacitatea pacientului de a tuse, de a respira profund şi de a menţine activitatea, în special dacă două sau mai multe coaste sunt fracturate, este de preferat să internaţi pacientul la spital pentru îngrijiri pulmonare agresive.

(a) Încercările de ameliorare a durerii prin imobilizare sau atele nu trebuie folosite. Deşi pot reduce durerea, ele favorizează, de asemenea, hipoventilaţia care duce la atelectazie şi pneumonie. **(b)** Un tub toracic este indicat numai dacă se suspectează un PTX sau un hemmotorax. **(c)** Fracturile costale se vindecă spontan şi nu necesită fixare chirurgicală. **(e)** Principala preocupare în tratarea fracturilor costale este prevenirea complicaţiilor, cum ar fi atelectazia şi pneumonia. Prin urmare, este important ca pacientul să aibă o analgezie adecvată.

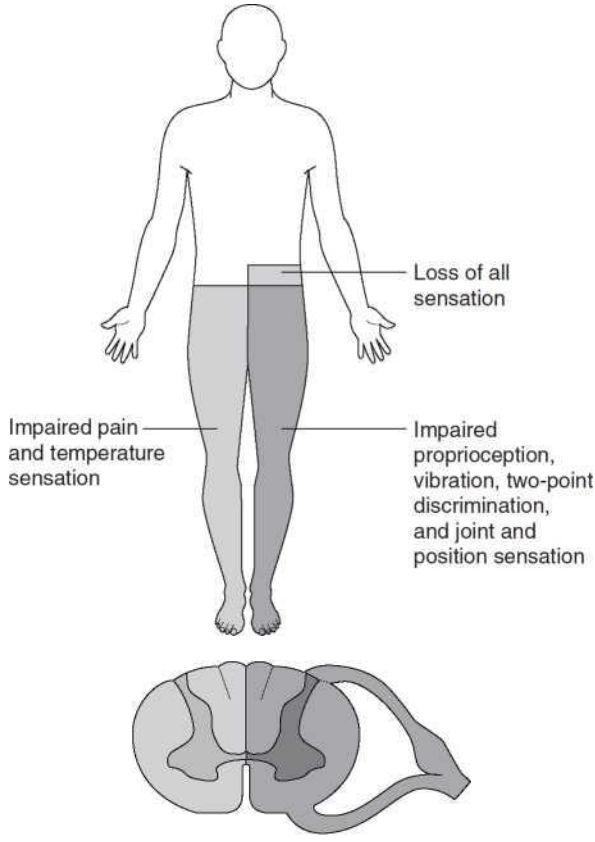
135. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp. 388-390.)* Un PTX poate fi împărţit în trei clasificări: simplu, comunicativ şi tensionat. Un PTX este considerat simplu atunci când nu există nicio comunicare cu atmosfera sau orice deplasare a

mediastinului sau hemidiafragmului rezultată din acumularea de aer în cavitatea pleurală. Un PTX comunicant este asociat cu un defect al peretelui toracic şi este uneori denumit „rană toracică aspirată". O tensiune PTX apare atunci când aerul intră în cavitatea pleurală la inspiraţie, dar nu poate ieşi, ceea ce duce la compresia venei cave şi la scăderea ulterioară a debitului cardiac şi hipotensiune arterială. Acumularea progresivă de aer sub presiune în cavitatea pleurală poate duce la o deplasare a mediastinului către hemitoracele contralateral.

Pacienţii cu PTX traumatic prezintă de obicei dificultăţi de respiraţie, dureri în piept şi tahipnee. Examenul fizic poate evidenţia zgomote respiratorii scăzute sau absente pe partea implicată, precum şi emfizem subcutanat. Orice pacient cu simptome respiratorii în cadrul unui PTX trebuie tratat cu o **tub toracostomie (tub toracic)** . Locul preferat pentru inserare este al patrulea sau al cincilea spaţiu intercostal la linia anterioară sau axilară mediană. Tubul trebuie poziţionat posterior şi spre vârf, astfel încât să poată elimina eficient atât aerul, cât şi fluidul.

(a) O radiografie toracică poate fi utilă în diagnosticarea unui PTX, cu toate acestea, pacientul este instabil în cadrul unui traumatism contondent şi intervenţia nu ar trebui să aştepte o radiografie toracică. Dacă pacientul era stabil, atunci o radiografie toracică ar putea fi utilizată pentru a confirma prezenţa unui PTX înainte de inserarea tubului toracic. **(b)** O pericardiocenteză este o procedură utilizată pentru îndepărtarea lichidului din sacul pericardic, cum ar fi în cazul tamponadei pericardice. Este mai probabil să apară după un traumatism penetrant la nivelul pieptului, mai degrabă decât după un traumatism contondent. **(c)** Un DPL este utilizat pentru a diagnostica lichidul din peritoneu. Deşi acest lucru poate fi necesar pentru acest pacient, este important să urmaţi ABC-urile resuscitarii. La acest pacient, căile respiratorii şi respiraţia trebuie abordate mai întâi. **(d)** Toracotomia ED este utilizată în circumstanţe selectate, cum ar fi la pacienţii cu traumatisme contondente sau penetrante care îşi pierd semnele vitale în transportul către sau în ED.

136. **Răspunsul este d.** *(Rosen, p. 349.)* **Sindromul Brown-Sequard sau hemisecţia** măduvei spinării, de obicei rezultă din traumatisme penetrante, cum ar fi o împuşcătură sau o rană de cuţit. Pacienţii cu această leziune prezintă **paralizie motorie ipsilaterală şi pierderea contralaterală a durerii şi a temperaturii** distal de nivelul leziunii. Acest sindrom are cel mai bun prognostic pentru recuperarea tuturor leziunilor incomplete ale măduvei spinării.


Loss of all sensation
Impaired pain and temperature sensation
Impaired proprioception, vibration, two-point discrimination, and joint and position sensation

(Reprodus, cu permisiune, din McPhee SJ, Lingappa VR, GanongWF. Tulburări ale sistemului nervos. În: Lange Patofiziologia bolii. *a 5-a ed. New York, NY:McGraw-Hill;2006:Figura 7-20)*

(a) Şocul spinal este un sindrom clinic caracterizat prin pierderea bilaterală a funcţiei neurologice şi a tonusului autonom sub nivelul unei leziuni măduvei spinării. Pacienţii prezintă, de obicei, paralizie flască cu pierderea aportului senzorial, reflexe profunde ale tendonului şi tonusul vezicii urinare. De asemenea, sunt de obicei bradicardice, hipotensive şi hipotermice. Şocul spinal durează în general mai puţin de 24 de ore, dar poate dura câteva zile. **(b) Sindromul** cordonului central este adesea observat la pacienţii cu artrită degenerativă a vertebrelor cervicale, ale căror gâturi sunt supuse unei hiperextensii forţate (de exemplu, o cădere frontală pe faţă la o persoană în vârstă). Pacienţii au adesea deficite neurologice senzorio-motorii mai mari la nivelul extremităţilor superioare comparativ cu extremităţile inferioare. **(c)** Sindromul cordonului anterior are ca rezultat grade variabile de paralizie

motorie şi senzaţie de durere absentă sub nivelul leziunii. Semnul său distinctiv este păstrarea senzaţiei vibratorii şi propriocepţiei datorită unei coloane dorsale intacte. **(e)** Leziunea cauda equina provoacă leziuni ale nervilor periferici mai degrabă decât leziuni directe ale măduvei spinării. Prezentarea sa poate include pierderi variabile motorii şi senzoriale la nivelul extremităţilor inferioare, sciatică, disfuncţii ale intestinului şi vezicii urinare şi anestezie în şa.

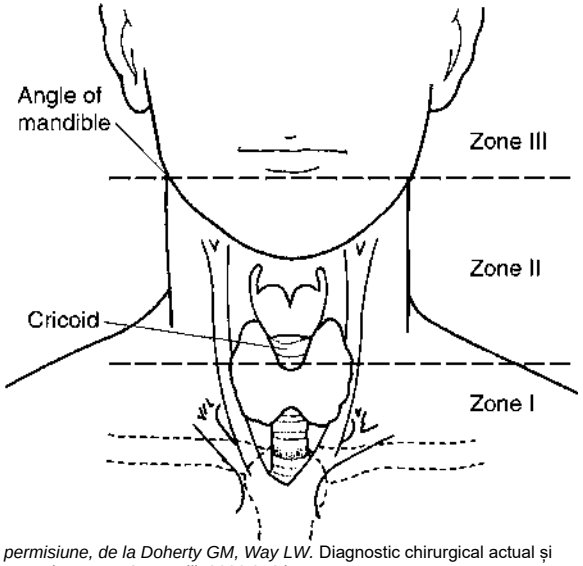
137. **Răspunsul este a.** *(Tintinalli, pp. 1557-1569.)* Severitatea leziunii craniene este evaluată pe mecanismul leziunii şi pe examenul neurologic iniţial . Deşi GCS este utilizat în prezent în mai multe setări, a fost iniţial dezvoltat pentru evaluarea clinică a pacienţilor cu traumatisme capului izolat, stabili hemodinamic, oxigenaţi în mod adecvat. Un scor de 14 până la 15 este asociat cu leziuni craniene minore, 9 până la 13 indică moderată, iar **8 sau mai puţin** este asociat cu **leziuni craniene severe. Scorul său GCS este 8** (2 puncte pentru deschiderea ochilor la durere, 2 puncte pentru vorbirea bolborosită, 4 puncte pentru retragerea de la durere). Este clasificat cu o accidentare gravă la cap. Mortalitatea generală a traumatismelor craniene severe este de aproape 40%. Se recomandă **intubarea** pacienţilor cu un **scor GCS de 8 sau mai puţin** pentru protecţia căilor respiratorii. Aceşti pacienţi sunt expuşi riscului de creştere a ICP şi hernie, ceea ce poate duce la declinul respirator rapid. Toţi pacienţii cu leziuni cerebrale traumatice severe necesită o scanare CT de urgenţă şi ar trebui internaţi la unitatea de terapie intensivă într-un spital cu capacităţi neurochirurgicale.

(b) Repararea lacerării acestuia nu este o prioritate şi poate avea loc după diagnosticarea şi stabilizarea leziunilor mai grave. Dacă există o sângerare activă a scalpului, capsele pot fi plasate rapid pentru a limita sângerarea până când poate avea loc reparaţia definitivă. **(c)** Manitolul este un agent osmotic care este utilizat pentru a reduce ICP. Se administrează dacă există semne de hernie iminentă sau efectivă (de exemplu, pupila fixă şi dilatată). **(d) Trefinarea bilaterală ED (găuri de bavură) este rar, dacă este vreodată, efectuată şi este luată în considerare dacă** îngrijirea neurochirurgicală definitivă nu este disponibilă. **(e)** Deşi acest individ poate necesita intervenţie neurochirurgicală (de exemplu, dacă există vreo dovadă a unei coli intracraniene sau a stării neurologice în scădere, care indică o creştere a ICP), se acordă prioritate căilor sale aeriene.

138. **Răspunsul este c.** *(Rosen, p. 384.)* **Pieptul flail** rezultă atunci când **trei sau mai multe coaste adiacente sunt fracturate în două puncte** , permiţând unui segment care se mişcă liber al peretelui toracic să se mişte într-o **mişcare paradoxală** . Este una dintre cele mai frecvent neglijate leziuni rezultate din traumatismele toracice contondente. Mişcarea paradoxală a peretelui toracic este semnul distinctiv al acestei afecţiuni, segmentul bipului se mişcă paradoxal spre

interior cu inspirație și spre exterior cu expirație.

139. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp. 370-374.)* Datorită lipsei sale de protecție osoasă , gâtul este deosebit de vulnerabil la leziuni severe, care pun viața în pericol. Traumatologia la nivelul gâtului este cauzată de trei mecanisme majore, inclusiv penetrarea, tocitura și strangularea, care pot afecta căile respiratorii, tractul digestiv, sistemul vascular și sistemul neurologic. Gâtul este împărțit în trei zone, așa cum se vede în imaginea de mai jos. Zona I se extinde superior de la crestătura sternală și clavicule până la cartilajul cricoid. Leziunile acestei regiuni pot afecta atât structurile gâtului, cât și cele mediastinale. Zona II este zona dintre cartilajul cricoid și unghiul mandibulei. Zona III se extinde de la unghiul mandibulei până la baza craniului. Leziunile din Zona I și III reprezintă de obicei o provocare mai mare de gestionat decât leziunile din Zona II, deoarece Zonele I și III sunt mult mai puțin expuse decât Zona II. **În general, leziunile din Zona II sunt duse direct în sala de operație pentru explorare chirurgicală** . Leziunile din zonele I și III pot fi duse la sala de operație sau gestionate conservator folosind o combinație de angiografie, bronhoscopie, esofagoscopie și scanare CT.



(Reprodus, cu permisiune, de la Doherty GM, Way LW. Diagnostic chirurgical actual și Tratament . *New York, NY: McGraw-Hill, 2006:210.)*

Gestionarea căilor respiratorii are întotdeauna prioritate la pacienții cu traumatisme, în special atunci când sunt implicate structurile gâtului, din cauza potențialului de compromis rapid al căilor respiratorii. Zonele active de sângerare sau rănile cu cheaguri de sânge nu trebuie sondate, deoarece pot

apărea hemoragii masive. **Sângerarea trebuie controlată prin presiune directă** . Prinderea oarbă trebuie evitată din cauza concentraţiei mari de structuri neurovasculare din gât.

(a) Prinderea oarbă trebuie evitată din cauza concentrării mari a structurilor neurovasculare din gât. **(b)** Locurile de sângerare active sau rănile cu cheaguri de sânge nu trebuie să fie sondate deoarece poate apărea hemoragie masivă. **Sângerarea trebuie controlată prin presiune directă. (c şi e)** Leziunea este în Zona II a gâtului.

140. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp. 337-340.)* **Fractura spânzuratorului, sau spondiloliza traumatică a C2** , apare atunci când capul este aruncat într- **o hiperextensie extremă** ca urmare a **decelerației bruşte** , ducând la fracturi bilaterale ale pediculilor. Denumirea „fractura spânzuratorului" a fost derivată din spânzurările judiciare, unde nodul laţului a fost plasat sub bărbie ceea ce a provocat hiperextensia extremă a capului pe gât, rezultând o fractură la C2. Cu toate acestea, multe spânzurări au dus la moarte prin strangulare, mai degrabă decât leziuni ale măduvei spinării. Astăzi, cea mai frecventă cauză a fracturii unui spânzurător este rezultatul **coliziunilor frontale cu maşini.**

(a) Fractura Colles este cea mai frecventă fractură a încheieturii mâinii observată la adulţi. Este o fractură transversală a metafizei radiale distale, care este deplasată dorsal şi angulată. Aceste fracturi apar de obicei în urma căderii pe o mână întinsă. **(b)** Fractura unui boxer este o fractură a gâtului celui de-al cincilea metacarpian. Este una dintre cele mai frecvente fracturi ale mâinii şi apare de obicei în urma unui impact direct asupra mâinii (de exemplu, un pumn cu pumnul închis).
(c) O fractură a C1 se numeşte fractură Jefferson, care este de obicei produsă de o forţă de compresie verticală. **(e)** Fractura lupătarului are loc secundar hiperextensiei cervicale sau traumatisme directe la nivelul gâtului posterior, rezultând o fractură prin avulsiune a apofizei spinoase.

141. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli, pp 1565-1566.)* Baza craniului cuprinde etajele foselor craniene anterioare, mijlocii şi posterioare. Fracturile din această regiune de obicei nu au simptome localizate. Cu toate acestea, semnele indirecte de rănire pot include dovezi vizibile de sângerare de la fractură în ţesutul moale din jur. Echimoza din jurul osului mastoid este adesea descrisă ca **semn de luptă** , iar echimoza periorbitală este adesea descrisă ca „ochi de raton". Cea mai frecventă **fractură bazilară a craniului** implică porţiunea petroasă a osului temporal, canalul auditiv extern şi membrana timpanică. Este frecvent asociată cu o dura ruptă care duce la **otoree sau rinoree în lichidul cefalorahidian (LCR)** . Alte semne şi simptome ale unei fracturi de craniu bazilar includ hemotimpanul (de exemplu,

sânge în cavitatea timpanică a urechii medii), vertij, scăderea auzului sau surditatea şi paralizia nervului al şaptelea. Echimoza periorbitală şi mastoidiană se dezvoltă treptat peste câteva ore după o leziune şi sunt adesea absente în ED. Dacă se vede lichid limpede sau roz din nas sau din ureche şi se suspectează o scurgere de LCR, lichidul poate fi plasat pe hârtie de filtru şi poate apărea un „halo" sau un inel dublu. Acesta este un test simplu, dar nesensibil pentru a confirma o scurgere de LCR. Dovezile comunicării deschise, cum ar fi o scurgere de LCR, impun consultarea şi internarea neurochirurgicale.

(a) Facturile LeFort rezultă de obicei din traume faciale cu energie ridicată şi sunt clasificate în funcţie de locaţia lor. Un **LeFort I** implică o fractură transversală chiar deasupra dinţilor la nivelul fosei nazale şi permite mişcarea crestei alveolare şi a palatului dur. Un **LeFort II** este o fractură piramidală cu vârful său chiar deasupra podului nasului şi extinzându-se lateral şi inferior prin marginile infraorbitale permiţând mişcarea maxila , nasului şi marginilor infraorbitale. Un **LeFort III** reprezintă perturbarea cranio-facială completă şi implică fracturi ale zigomului, marginilor infraorbitale şi maxilarului. Este rar ca aceste fracturi să apară izolat; ele apar de obicei în combinaţie. **(c şi d)** Otita internă şi externă sunt inflamaţii ale urechii interne şi, respectiv, ale urechii externe şi nu sunt relevante în traumatismele acute. **(e)** Fracturile trepiedului apar în mod obişnuit ca urmare a forţei contondente aplicate pe faţa laterală, provocând fracturi ale arcului zigomatic, marginii orbitale laterale, marginii orbitale inferioare şi pereţii anterior şi lateral ai sinusului maxilar. Aceste fracturi se prezintă clinic cu aplatizare facială asimetrică, edem şi echimoză.

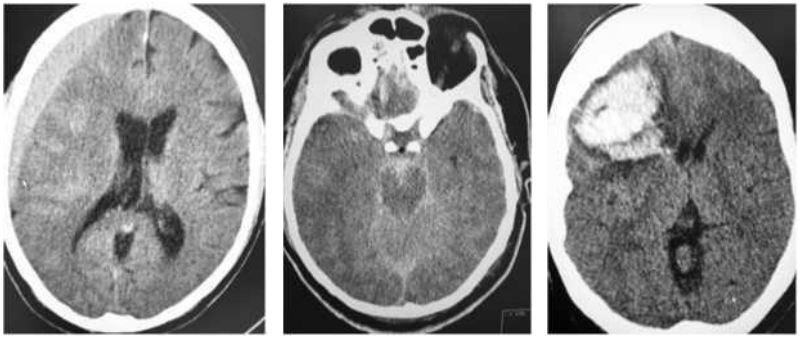
142. **Răspunsul este e.** *(Tintinalli, pp 1537-1540.)* Pe baza principiilor suportului vital pentru traume avansate (ATLS), pacienţii răniţi sunt evaluaţi şi trataţi într-o manieră care stabileşte priorităţile pe baza semnelor vitale prezente, a stării mentale şi a mecanismului de leziune. Abordarea îngrijirii traumei constă într-un **studiu primar** , resuscitare rapidă şi un studiu secundar mai amănunţit, urmat de teste de diagnosticare. Scopul sondajului primar este de a identifica şi trata rapid leziunile care pun viaţa în pericol. Evaluarea ABCDE-urilor **(cai respiratorii, respiratie, circulatie, handicap neurologic, expunere)** este un model care trebuie urmat la toti pacientii. Permeabilitatea căilor respiratorii este mai întâi evaluată prin ascultarea vocalizărilor, cerând pacientului să vorbească şi căutând în gura pacientului semne de obstrucţie . Respiraţia este evaluată prin observarea ridicării şi scăderii simetrice a toracelui şi ascultând sunetele respiratorii bilaterale peste piept şi axile anterioare. Pieptul trebuie palpat pentru aer subcutanat şi crepitan osos . Funcţia circulatorie este evaluată prin observarea stării mentale a pacientului, a culorii pielii şi a temperaturii şi a pulsurilor. Starea neurologică a pacientului este evaluată prin notarea nivelului de conştienţă şi a

funcției motorii grosiere. Un GCS inițial ar trebui calculat în ED. În cele din urmă, pacientul este complet dezbrăcat pentru a evalua vânătăi ascunse, lacerații, corpi străini înțepați și fracturi deschise. Numai după ce sondajul primar este complet și sunt abordate leziunile care pun viața în pericol, iar pacientul este resuscitat și stabilizat, este întreprins sondajul secundar de la cap până la picioare.

(a) Acest pacient va avea nevoie de un tub toracic pentru presupus hemo- sau pneumotorax demonstrat prin scăderea zgomotelor respiratorii și a saturației de oxigen de 93%. Cu toate acestea, căile respiratorii trebuie mai întâi asigurate. **(b)** O examinare DPL sau FAST este utilizată pentru a examina abdomenul pentru hemoperitoneu. Cu toate acestea, căile respiratorii și respirația au prioritate la acest pacient. **(c) Trefinarea** bilaterală ED (găuri de bavură) este rar, dacă este vreodată, efectuată și ar trebui luată în considerare numai în cazul unei tulburări neurologice severe, iar îngrijirea neurochirurgicală definitivă nu este disponibilă. **(d)** Leziunile extremităților nu pun viața în pericol și sunt evaluate după ce sunt evaluate căile respiratorii, respirația și circulația.

143. Răspunsul este a. *(Tintinalli, pp 1566-1567.)* **Hematoamele epidurale** sunt rezultatul colectării de sânge în spațiul potențial dintre craniu și dura mater. Cele mai multe hematoame epidurale rezultă din **traumatisme contondente** ale zonei temporale sau temporoparietale cu o fractură asociată a craniului și **perturbarea arterei meningeale medii** . Istoricul clasic al unui hematom epidural este o perioadă clară după pierderea imediată a conștienței după un traumatism cranian contondent semnificativ. Cu toate acestea, acest model clinic apare într-o minoritate de cazuri. Majoritatea pacienților fie nu își pierd niciodată cunoștința, fie nu își mai recăpătă niciodată cunoștința după leziune. La tomografia computerizată, **hematoamele epidurale apar lenticulare sau biconvexe (în formă de fotbal)** , de obicei în regiunea temporală. Sângerarea arterială de înaltă presiune a unui hematom epidural poate duce la hernie în câteva ore după leziune. Prin urmare, recunoașterea timpurie și evacuarea sunt importante pentru a crește supraviețuirea. Trefinarea bilaterală ED (găuri de bavură) este rar, sau vreodată, efectuată și ar trebui luată în considerare numai dacă îngrijirea neurochirurgicală definitivă nu este disponibilă.

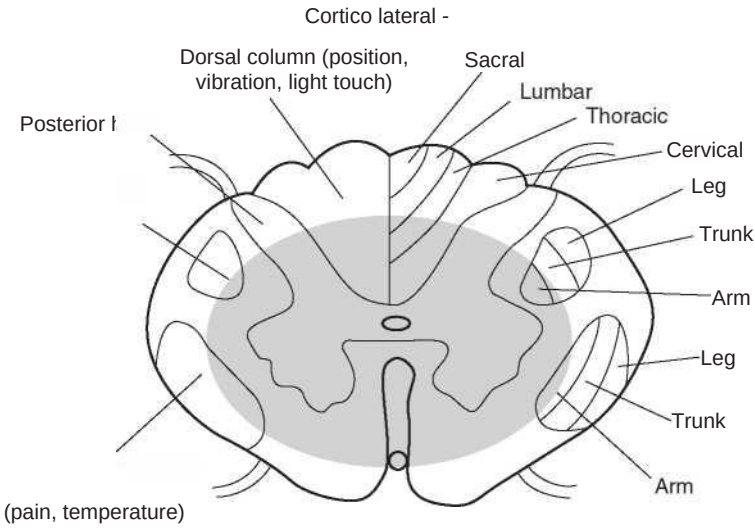
(b) Hematoamele subdurale apar ca leziuni hiperdense, în formă de semilună, care traversează liniile de sutură. Ele rezultă dintr-o colectare de sânge dedesubt



(Courtesy of Adam J. Rosh MD.)

dura si peste creier. Pentru a diferenţia descoperirea CT de un hematom epidural, gândiţi-vă la presiunea ridicată creată de ruptura arterială a unei epidurale care determină extinderea hematomului spre interior. În schimb, sângerarea venoasă de joasă presiune a unui hematom subdural se întinde de-a lungul calvariului. **(c)** SAH traumatic este probabil cea mai frecventă anomalie CT la pacienţii cu leziuni cerebrale traumatice moderate până la severe **(d şi e)** Hematoamele şi contuziile intracerebrale apar ca urmare a rupturii traumatice a vaselor de sânge intracerebrale. Contuziile apar cel mai frecvent în lobii frontal, temporal şi occipital. Acestea pot apărea fie la locul traumei contondente, fie pe locul opus al creierului, cunoscut sub numele de leziune contre coup. Exemple din fiecare sunt văzute mai jos.

144. Răspunsul este a. *(Rosen, p. 349.)* **Sindromul cordonului central** este adesea observat la pacienţii cu artrită degenerativă a vertebrelor cervicale, ale căror gâturi sunt supuse unei **hiperextensii forţate** . În mod obişnuit, este văzută într-o cădere pe faţă la o persoană în vârstă. Acest lucru face ca ligamentum flavum să se îndoaie în măduva spinării, rezultând o contuzie la nivelul porţiunii centrale a măduvei. Această leziune afectează substanţa cenuşie centrală şi cele mai centrale porţiuni ale tractului piramidal şi spinotalamic. Pacienţii au adesea **deficite neurologice mai mari la nivelul extremităţilor superioare, comparativ cu extremităţile inferioare** , deoarece fibrele nervoase care inervează structurile distale sunt situate la periferia măduvei spinării. În plus, pacienţii cu sindrom de cordon central au de obicei tonus scăzut al sfincterului rectal şi deficite senzoriale neprevăzute, neprevăzute. O diagramă a anatomiei funcţionale a măduvei spinării este prezentată în pagina următoare.



(Reproduced, with permission, from Schwartz DT. Emergency Radiology: *Case Studies. New York, NY:McGraw-Hill;2007:chap V-4, Figure 15.)*

tractul spinal
(motor)
Tractul spinotalamic lateral

(b) Sindromul cordonului anterior are ca rezultat grade variabile de paralizie motorie şi pierderea temperaturii şi a senzaţiei de durere sub nivelul leziunii. Semnul său distinctiv este păstrarea senzaţiei vibratorii şi propriocepţiei datorită unei coloane dorsale intacte. **(c)** Sindromul Brown-Sequard are ca rezultat pierderea ipsilaterală a forţei motorii, a senzaţiei vibratorii şi propriocepţiei şi pierderea contralaterală a senzaţiei de durere şi temperatură. **(d)** Mielita transversală este un proces inflamator care produce pierderi motorii şi senzoriale complete sub nivelul leziunii. **(e)** Boala Parkinson se dezvoltă de-a lungul anilor şi nu duce la paralizie.

145. Răspunsul este e. *(Comitetul American College of Surgeons on Trauma, pp. 79-80.)* Decizia de a începe transfuzia de sânge la un pacient traumatizat se bazează pe răspunsul iniţial la resuscitarea volumului cristaloid. **Produsele sanguine trebuie administrate dacă semnele vitale se îmbunătăţesc tranzitoriu sau rămân instabile în ciuda resuscitării cu 2 până la 3 L de lichid cristaloid** . Cu toate acestea,

dacă există o pierdere de sânge majoră evidentă şi pacientul este instabil, transfuzia de sânge trebuie începută concomitent cu administrarea de cristaloizi . Scopul principal în transfuzia de sânge este de a restabili capacitatea de transport a oxigenului a volumului intravascular. Sângele complet încrucişat este de preferat (de exemplu, tip B, Rh-negativ, anticorp negativ); cu toate acestea, acest proces poate dura mai mult de 1 oră, ceea ce este inadecvat pentru pacientul cu traumatism instabil. Sângele specific tipului (de exemplu, tip A, Rh negativ, anticorp necunoscut) poate fi furnizat de majoritatea băncilor de sânge în decurs de 30 de minute. Acest sânge este compatibil cu tipurile de sânge ABO şi Rh, dar poate fi incompatibil cu alţi anticorpi . Dacă sângele specific tipului nu este disponibil, celulele de tip O sunt indicate pentru pacienţii care sunt instabili. Bărbaţilor li se administrează sânge de tip O, Rh pozitiv. Pentru a reduce sensibilizarea şi complicaţiile viitoare, sângele de tip O, Rh negativ este rezervat femeilor aflate la vârsta fertilă.

(a) Pregătirea sângelui complet încrucişat poate dura mai mult de 1 oră , ceea ce este inadecvat pentru un pacient instabil. **(b)** Sângele integral este rar folosit de centrele de sânge şi a fost înlocuit cu componente ale sângelui, cum ar fi eritrocitaţii ambalate. Sângele integral nu este utilizat deoarece plasma suplimentară poate contribui la supraîncărcarea circulatorie asociată transfuziei, o complicaţie potenţial periculoasă. **(c)** Transfuzia de sânge nu trebuie amânată la pacientul instabil. După cum este dictat în ATLS, dacă individul nu răspunde la 2 până la 3 L de cristaloid, ar trebui să înceapă transfuzia de sânge. **(d)** Pentru pierderea de sânge care pune viaţa în pericol, sângele de tip O, Rh negativ este rezervat femeilor aflate la vârsta fertilă. Acest lucru reduce complicaţiile incompatibilităţii Rh în sarcinile viitoare. Cu toate acestea, dacă sângele de tip O, Rh-negativ nu este disponibil, atunci sângele de tip O, Rh-pozitiv ar trebui să fie administrat femeilor.

146. Răspunsul este c. *(Rosen, pp. 625-641.)* Acest pacient este instabil din punct de vedere hemodinamic cu o fractură pelviană. Retroperitoneul poate găzdui până la 4 L de sânge după un traumatism pelvin sever. Câteva opţiuni sunt utile în gestionarea hemoragiei dintr-o fractură pelvină instabilă. Cu toate acestea, modalitatea iniţială şi cea mai simplă de utilizat la un pacient aflat în şoc în urma unei fracturi de pelvis este plasarea unei **îmbrăcăminte de legare pelvină** . Acest dispozitiv poate fi aplicat uşor şi rapid şi este de obicei eficient în tamponarea sângerării şi stabilizarea pelvisului.

(a) Tuburile toracice bilaterale ar fi adecvate dacă ar exista dovezi pentru un pneumotorax sau hemmotorax. Acest pacient are sunete respiratorii bilaterale egale. **(b)** Deşi fixarea externă este o metodă eficientă de stabilizare a pelvisului, poate întârzia gestionarea unui pacient traumatizat. Deoarece un aparat de

legare pelvină este rapid şi simplu, este de preferat. **(d)** Sursa sângerării retroperitoneale cu fracturi pelvine este de obicei plexul venos sau venele mai mici. Cu toate acestea, venografia nu este utilă în gestionarea acestor pacienţi: chiar şi atunci când sângerarea venoasă este localizată, embolizarea este ineficientă din cauza anastomozelor extinse şi a fluxului colateral fără valve. **(e)** În schimb, arteriografia este o modalitate majoră de diagnostic şi terapeutic pentru pacientul cu hemoragie pelvină severă din surse arteriale. Angiografia este indicată atunci când hipovolemia persistă la un pacient cu o fractură pelvină majoră, în ciuda controlului hemoragiei din alte surse. Deoarece angiografia are de obicei loc în sala de angiografie, pacienţilor ar trebui să li se aplice un dispozitiv de fixare pelvină, înainte de a fi transferaţi la angiografie.

147. Răspunsul este c. *(Rosen, p. 349.)* **Sindromul cordonului anterior** rezultă din **leziuni de flexie cervicală** (de exemplu, scufundări în apă puţin adâncă) care provoacă contuzia cordonului sau proeminenţa unui fragment osos sau hernie de disc intervertebral în canalul spinal. Poate apărea şi din patologia vasculară, cum ar fi laceraţia sau tromboza arterei spinale anterioare. Sindromul se caracterizează prin diferite grade de paralizie şi pierderea senzaţiei de durere şi temperatură sub nivelul leziunii. **Semnul său distinctiv** este **păstrarea coloanelor posterioare, menţinerea poziţiei, atingerii şi senzaţiei de vibraţie.**

SCIWORA **(a)** este rezervată populaţiei pediatrice deoarece măduva spinării este mai puţin elastică decât coloana vertebrală şi ligamentele osoase. Diagnosticul este asociat cu parestezii şi slăbiciune generalizată. Acest sindrom este analizat de la apariţia imagisticii prin rezonanţă magnetică (RMN), în care leziunile măduvei spinării sunt identificate la pacienţii cărora, de altfel, au avut tomografii normale. Sindromul cordonului central **(b)** este adesea observat la pacienţii cu artrită degenerativă a vertebrelor cervicale, ale căror gâturi sunt supuse hiperextensiei forţate. Acest lucru este văzut de obicei într-un atac

Sindromul	Deficienţe neurologice
Cordonul anterior	Paralizie B/L sub leziune, pierderea durerii şi a temperaturii , păstrarea propriocepţiei şi a funcţiei vibratorii
Cordon central	Paralizia extremităţilor inferioare > paralizia extremităţilor superioare, o oarecare pierdere a durerii şi a temperaturii cu partea superioară

Brown-Sequard	**Ipsilateral:** pareză, pierderea propriocepției și senzația de vibrație **Contralateral:** pierderea durerii și a temperaturii
Cauda equina	Pierderea motorie și senzorială variabilă la nivelul extremităților inferioare, disfuncție a intestinului/vezicii urinare, anestezie în șa

cad pe fata la o persoana in varsta. Pacienții au adesea deficite neurologice senzoriale mai mari la nivelul extremităților superioare, comparativ cu extremitățile inferioare. Leziunea cauda equina **(d)** provoacă leziuni ale nervilor periferici mai degrabă decât leziuni directe ale măduvei spinării. Prezentarea sa poate include pierderi variabile motorii și senzoriale la nivelul extremităților inferioare, sciatică, disfuncții ale intestinului și vezicii urinare și anestezie în șa. Sindromul Brown-Sequard **(e)** are ca rezultat pierderea ipsi laterală a forței motorii, a senzației vibratorii și propriocepției și a pierderii contralaterale a senzației de durere și temperatură.

148. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli, pp 1596-1597.)* Tratamentul unei PTX **tensionate** implică reducerea imediată a presiunii intrapleurale pe partea afectată a cavității toracice. Cea mai simplă și mai rapidă modalitate de a stabili acest lucru este prin introducerea unui cateter de calibrul 14 în cavitatea toracică în a doua linie intercostală din a doua linie intercostală. După această procedură, un tub toracic trebuie introdus ca tratament definitiv. **Tomia toracică cu ac** este necesară atunci când semnele vitale ale pacientului sunt instabile; în caz contrar, introducerea directă a unui tub toracic este adecvată pentru suspiciunea de hemo- sau pneumoth orax. O tensiune PTX este o urgență care pune viața în pericol, cauzată de intrarea aerului în spațiul pleural și care nu poate scăpa secundar creării unei valve unidirecționale. Această presiune crescută determină colapsul plămânului ipsilateral, deplasând mediastinul departe de plămânul lezat, compromițând întoarcerea sângelui venei cave către inimă. Preîncărcarea sever modificată are ca rezultat reducerea volumului vascular cerebral, creșterea debitului cardiac și hipotensiune arterială.

(a) Căile aeriene este prima componentă abordată în ABC; cu toate acestea, pacientul respiră singur și nu necesită intubare. **(c și d)** Dacă BP nu crește odată cu introducerea unui tub toracic, atunci următoarea zonă pe care să se concentreze este o leziune intra-abdominală, care poate fi evaluată fie printr-o examinare DPL, fie printr-o examinare FAST. **(e)** O pericardiocenteză este indicată la pacientul cu traumatism stabil când există suspiciunea de tamponare cardiacă, care poate prezenta tahicardie și triada Beck: hipotensiune arterială, JVD și zgomote cardiace înfundate.

149. **Răspunsul este e.** *(Tintinalli, pp 1549-1553.)* Regula canadiană C-coloana vertebrală pentru radiografia la pacienţii alerti şi stabili în urma traumatismelor capului sau gâtului contondent a identificat **vârsta mai mare de 65 de ani ca un factor de risc ridicat pentru leziunea C-coloana vertebrală, chiar şi** în rândul celor cu semne vitale stabile şi un scor GCS de 15. Prin urmare, imagistica C-coloana vertebrală este justificată la toţi astfel de pacienţi.

(a) Se crede că pacienţii vârstnici prezintă o incidenţă mult mai mică de hematoame epidurale decât populaţia generală din cauza unei legături fibroase relativ mai dense între dura mater şi masa interioară a craniului la persoanele în vârstă. **(b)** Există, totuşi, o incidenţă mare a hematoamelor subdurale la pacienţii vârstnici. Pe măsură ce masa creierului scade în dimensiune odată cu vârsta, există o întindere şi o tensiune mai mare a venelor punte care trec de la creier la sinusurile durale. **(c)** La vârstnici, elasticitatea redusă a plămânilor poate duce la o reducere a complianţei pulmonare şi a capacităţii de a tuse eficient, ducând la un risc crescut de pneumonie nosocomială gram-negativă. Pacienţii geriatrici sunt astfel mai susceptibili la dezvoltarea hipoxiei şi a infecţiilor respiratorii în urma traumei. **(d)** Cele mai frecvente fracturi ale coloanei cervicale la această grupă de vârstă sunt cele cervicale superioare, în special fracturile odontoidului, nu fracturile inferioare C6.

150. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli, pp. 1715-1716.)* Evaluarea pacienţilor cu **fracturi pelvine** începe cu studiul trauma primar (ABC). Oasele pelvine fracturate sângerează rapid şi pot lacera ţesuturile moi din jur şi pot perturba reţelele arteriale şi venoase extinse ale acestora. Oragia tivului este o cauză frecventă de deces la pacienţii cu leziuni pelvine. Sângerarea în retroperitoneu poate găzdui până la 4 L de sânge. Cele mai multe sângerări pelvine sunt cauzate de fracturi şi de plexul venos sacral de joasă presiune. În ED, un **stabilizator** poate fi aplicat pe pelvis pentru a ajuta la controlul hemoragiei. Odată ce o sursă de sângerare abdominală este exclusă ca sursă de hipotensiune , pacientul trebuie să fie supus **angiografiei pelvine cu embolizare a vaselor de sângerare.** De asemenea, pacientul trebuie resuscitat cu eritrocite ambalate până când sângerarea este controlată.

(a) Este adesea dificil să discerneţi sângerarea peritoneală de sângerarea pelvină ca cauză a hipotensiunii. O examinare FAST pozitivă sau DPL în cazul hipotensiunii arteriale necesită ca pacientul să fie supus unei laparotomii exploratorii pentru a controla hemoragia peritoneală. Dacă se suspectează şi o sursă de sângerare pelviană, unele facilităţi pot efectua angiografie pelviană în aceeaşi sală de blocaj. **(c)** Dacă pacientul era stabil, el ar fi supus unei scanări CT pentru a evalua mai bine leziunile interne. Cu toate acestea, în situaţia hipotensiunii, pacientul necesită terapie definitivă. **(d)** O pericardiocenteză este

rar utilizată în cazul traumatismelor acute şi este rezervată pentru tratamentul tamponării pericardice . **(e)** Se efectuează o uretrogramă retrogradă atunci când există suspiciunea unei leziuni uretrale la pacientul stabil.

151. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli, pp 1613-1614.)* Trauma contondent este cel mai frecvent mecanism de leziune observat în Statele Unite. Forţele exercitate asupra abdomenului pun toate organele în pericol de rănire. Ciocnirile autovehiculelor cu un alt vehicul sau cu pietoni sunt cauzele majore ale traumatismelor abdominale contondente. Splina este organul cel mai des lezat, iar în aproximativ 66% **din** aceste cazuri, este singurul organ intraperitoneal afectat.

Ficatul **(a)** este al doilea organ intraabdominal cel mai frecvent afectat, al treilea este rinichiul **(c)** , al patrulea este intestinul subţire **(d)** şi al cincilea este vezica urinară **(e)** .

152. **Răspunsul este e.** *(Scaletta şi Schaider, pp. 229-231.)* **Leziunile uretrale** reprezintă aproximativ 10% din traumatismele genito-urinale. Leziunile anterioare ale urei thrale sunt cel mai adesea atribuite căderilor cu leziuni de călăreţ sau unei forţe contondente asupra perineului. Aproximativ 95% din leziunile uretrale posterioare sunt secundare fracturilor pelvine. Semnele şi simptomele leziunii uretrale includ durere perineală, incapacitatea de a micşora, hematurie macroscopică, sânge la nivelul mea uretral, umflare sau echimoză perineală sau scroală şi o prostată absentă, cu călărie înaltă sau înfundată. Uretrograma **retrogradă** este studiul de elecţie atunci când există suspiciunea unei leziuni uretrale. Această procedură se realizează prin introducerea unui cateter urinar 8F la 2 cm în meat şi umflarea balonului cateterului cu 2 cc de soluţie salină pentru a crea o etanşare. Apoi, se administrează 30 cc de contrast radioopac şi se obţine o radiografie în căutarea extravazării contrastului din uretră.

(a) O ecografie scrotală poate fi necesară mai târziu pentru a evalua leziunea testiculară, dar nu este utilizată pentru a evalua leziunea uretrală **(b)** O KUB nu este utilă pentru a evalua uretra. Înainte de scanarea CT, a fost folosit în mod obişnuit pentru a evalua pentru pietre la rinichi. **(c)** O pielograma IV este o alternativă la scanarea CT pentru evaluarea rinichiului şi a ureterului. **(d)** O cistogramă retrogradă este un studiu util pentru a evalua vezica urinară pentru leziuni.

153. **Răspunsul este b.** *(Scaletta şi Schaider, pp. 110-111.)* **Fracturile podelei orbitale** apar de obicei atunci când un obiect contondent cu o rază de curbură mai mică de 5 cm (de exemplu, adesea un pumn sau o minge mai mică decât o minge

de soft) loveşte orbita. Forţa tocită determină o creştere a presiunii intraorbitale provocând o fractură de-a lungul părţii celei mai slabe a orbitei, de obicei peretele inferior sau uneori medial. Pacienţii se plâng de obicei de **durere care este cea mai mare cu mişcarea ochilor în sus** . Ei pot avea **motilitate oculară afectată sau diplopie** dacă mușchiul drept inferior devine prins. De asemenea, pot prezenta **hipoestezie infraorbitară** din cauza compresiei nervului infraorbitar. În general, pacientul are acuitate vizuală normală, cu excepţia cazului în care există o leziune oculară asociată. O descoperire radiografică clasică este „semnul lacrimă", care reprezintă grăsimea şi muşchiul orbital herniat în acoperişul sinusului maxilar. De asemenea, poate exista un nivel de lichid de aer în sinusul maxilar ca urmare a sângerării în acesta. Pacienţii se descurcă de obicei bine şi se recuperează complet în fracturile uşoare până la moderate.

(a) Fracturile arcului zigomatic se prezintă de obicei cu depresie periauriculară şi sensibilitate punctuală şi pot fi complicate de trismus secundar ca urmare a impactului procesului coronoid al mandibulei pe arcada în timpul deschiderii gurii. **(c)** Un hematom retrobulbar apare secundar unui traumatism orbital contondent şi provoacă de obicei exoftalmie. Pacienţii prezintă de obicei edem periorbitar, echimoză, scădere a acuităţii vizuale şi un defect papilar aferent la nivelul ochiului implicat. **(d)** Leziunile globului deschis rezultă de obicei din trauma penetrantă a ochiului. Pacienţii pot prezenta scurgeri de umoare apoasă, o pupila în formă de lacrimă sau prolaps de coroidă prin rană. **(e)** Pacienţii cu fracturi de mandibulă prezintă durere şi scăderea amplitudinii de mişcare a maxilarului, malocluzie sau durere cu dinţii încleştaţi şi incapacitatea de a deschide complet gura.

154. Răspunsul este e. *(Scaletta şi Schaider, pp 204-212. Tintinalli, p 1617.)* O preocupare importantă cu **GSW abdominal anterior** este de a determina dacă racheta a traversat cavitatea peritoneală. Pacienţii cu GSW trans abdominale aproape toţi au leziuni intra-abdominale care necesită intervenţie chirurgicală. De cele mai multe ori, acest lucru poate fi determinat prin aproximarea traiectoriei. Prin urmare, o gaură atât în abdomenul anterior, cât şi în cel posterior sugerează foarte mult o traiectorie transabdominală. Dacă există un număr unic sau impar de găuri, o peliculă simplă poate ajuta la estimarea traiectoriei. În cazurile de GSW tangenţiale sau multiple, poate fi imposibil să se determine traiectoria cu certitudine. La un pacient cu semne de penetrare peritoneală, un tract de rachetă care intră clar în cavitatea abdominală sau are un studiu de diagnostic pozitiv (de exemplu, DPL, FAST, CT) într-o plagă tangenţială, el sau ea trebuie **să fie** supus unei laparotomii **exploratorii** . Dacă semnele lor vitale sunt stabile, ar trebui să fie supuşi unor studii de diagnostic suplimentare, cum ar fi o examinare FAST, DPL sau CT.

(a) În general, rănile abdominale penetrante nu trebuie sondate. Acest lucru poate agrava leziunea şi poate perturba hemostaza, ducând la hemoragie necontrolată. În schimb, separă uşor marginile pielii pentru a vedea dacă baza rănii poate fi vizualizată. **(b, c şi d)** În cazul traumatismelor abdominale penetrante, testele de diagnostic suplimentare ar trebui să apară numai dacă pacientul are semne vitale stabile. În caz contrar, pacienţii ar trebui să meargă direct la sala de operaţie pentru a face o laparotomie exploratorie

155. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp 933-935.)* **Epistaxisul posterior** este identificat atunci când apare sângerare posterioară cu o garnitură nazală anterioară plasată corespunzător. Ambalarea posterioară este obligatorie utilizând fie un balon disponibil în comerţ, fie un cateter Foley standard introdus în narile posterioare şi umflat cu apă. Pacienţii cu pachete nazale posterioare trebuie **internaţi într-un pat monitorizat** . În plus faţă de disritmiile cardiace, la aceşti pacienţi au fost raportate infarcte miocardice, accidente cerebrovasculare şi aspiraţie. **Antibioticele** sunt adesea începute pentru a preveni sinuzita şi sindromul de şoc toxic din obstrucţia împachetării nazale.

(b) Plasarea pacientului în decubit dorsal creşte riscul de aspiraţie şi nu are niciun beneficiu pentru oprirea epistaxisului. **(c)** Dacă pacientul a avut un INR crescut sau a fost trombocitopenic, atunci ar trebui să se administreze plasmă proaspătă congelată (FFP) şi trombocite. **(d)** Pacienţii cu compresie nazală posterioară necesită internare. **(e)** Nitratul de argint este o terapie pentru epistaxis anterior. Nu are nici un rol în epistaxisul posterior.

156. **Răspunsul este a.** *(Hamilton şi colab., pp. 17-18.)* Pacienţii se prezintă adesea la ED cu afecţiuni care pun viaţa în pericol, care necesită evaluare şi tratament rapid şi simultan. Fundamentele medicinei de urgenţă încep cu ABC. **Evaluarea şi managementul căilor respiratorii au prioritate faţă de toate celelalte aspecte ale resuscitarii la pacientul grav bolnav sau rănit** . Mai mult, managementul căilor respiratorii nu este doar trecerea unui tub prin trahee. Ea implică o serie de acţiuni care variază de la repoziţionarea capului şi gâtului pacientului, aspirarea secreţiilor din faringele posterior până la furnizarea de oxigen suplimentar sau efectuarea unei cricotirotomii emergente. Oricare ar fi intervenţia, este important să ştiţi când şi cum să gestionaţi căile respiratorii. Există multe motive pentru managementul definitiv al căilor respiratorii cu tub orotraheal, evident fiind la pacienţii care nu respiră . Cu toate acestea, există cazuri care necesită un management definitiv chiar şi atunci când un pacient respiră spontan. Orice pacient care riscă să-şi piardă capacitatea de a-şi proteja căile respiratorii trebuie luat în considerare pentru intubare. Aceasta include pacienţii intoxicaţi, pacientul otrăvit, agravarea hipoxiei, cei cu edem laringian în evoluţie sau

hematom în apropierea traheei şi pacienţii cu leziuni semnificative ale capului. Odată ce căile respiratorii sunt abordate, este oportun să trecem la următoarea componentă critică a ABC.

(b) Pacientul va necesita cu siguranţă resuscitare în volum şi control al durerii, dar managementul căilor respiratorii are prioritate **(c şi d)** Este important să nu fii distras de alte leziuni la un pacient critic care necesită management definitiv al căilor respiratorii ca primă prioritate **(e)** Deşi pacientul va necesita o transfuzie de sânge, căile respiratorii trebuie abordate mai întâi.

157. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp. 329-368.)* **Leziunile din scufundări** trebuie întotdeauna suspectate la pacienţii aproape de înec. Acest pacient prezinta - respiratie abdominala si respiratii spontane. Acest model oferă un indiciu important pentru o **leziune a coloanei vertebrale cervicale** . Diafragma este inervată de nervul frenic, care provine din măduva spinării la nivelul C3-C4, în timp ce muşchii intercostali ai cutiei toracice sunt alimentaţi de nervi care îşi au originea în coloana toracală. Prin urmare, respiraţia abdominală în absenţa respiraţiei toracice indică o leziune sub C4. Bradicardia lui în prezenţa **hipotensiunii** este suspectă pentru **hipotensiunea neurogenă** , care este cauzată de pierderea tonusului vasomotor şi **lipsa tahicardiei reflexe** din perturbarea ganglionilor autonomi. Cu toate acestea, acesta este un diagnostic de excludere şi ar trebui pus doar după ce toate celelalte forme de şoc sunt excluse. Este important să se menţină **imobilizarea c-coloanei vertebrale** pentru a preveni progresia ulterioară a unei leziuni.

(b) Anomaliile electrolitice nu sunt de obicei o problemă în cazul leziunilor de aproape înec. **(c)** Orice pacient cu hipoxie şi hipoperfuzie are, în general, şi o acidoză metabolică. Tratarea patologiei de bază va trata şi acidoza.

(d) Toate cazurile de aproape înec (apă dulce sau sărată) implică pierderea surfactantului şi atelectazia ulterioară cu un potenţial ridicat de hipoxie. **(e)** Deşi o ingerare toxică trebuie întotdeauna luată în considerare, nu există indicaţii specifice pentru aceasta la acest pacient.

158. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp. 387-388.)* **Contuziile pulmonare apar** de obicei după o forţă traumatică contondente la nivelul toracelui care provoacă leziuni ale parenchimului pulmonar. Aceasta este urmată de **edem alveolar şi hemoragie** . Contuzia pulmonară este raportată a fi prezentă la 30% până la 75% dintre pacienţii cu traumatisme toracice contondente semnificative, cel mai adesea în urma coliziunilor de automobile cu **decelerare rapidă** . Poate fi cauzată şi de răni de rachete de mare viteză şi undele de şoc de mare energie ale unei explozii în aer sau apă. Contuzia pulmonară este cea mai importantă leziune toracică la

copii. Manifestările clinice includ dispnee care se agravează de obicei, tahipnee, cianoză, tahicardie, hipotensiune arterială, vânătăi în peretele toracic, scăderea saturației de oxigen și creșterea gradientului Aa. Hemoptizia poate fi prezentă în până la 50% din cazuri. Rezultatele radiografice tipice încep să apară în câteva minute de la leziune și variază de la infiltrat alveolar neregulat, neregulat, până la consolidare clară.

(a) Leziunile diafragmatice sunt relativ rare și rezultă fie din traume contondente, fie din traume penetrante. Aproape 90% apar pe partea stângă, deoarece ficatul protejează și previne hernia organelor abdominale prin defecte din partea dreaptă. **(b)** Hemotoraxul apare de obicei secundar penetrării parenchimului pulmonar sau leziunii vaselor intercostale sau mamare interne care duce la sângerare intratoracică. Pacienții pot fi dispneici și au dureri pleuritice, toracice, de umăr sau de spate. În mod obișnuit, pacienții sunt tahipneici și au zgomote respiratorii absente și totuși la percuția toracică secundară acumulării de sânge. **(c)** O tensiune PTX este un diagnostic clinic în care aerul poate pătrunde în cavitatea pleurală, dar nu poate scăpa, ducând la o deplasare a mediastinului, ceea ce duce la împiedicarea întoarcerii sângelui venos la inimă. Examenul pulmonar evidențiază în general absența zgomotelor respiratorii pe partea leziunii **(e)** Contuzia pulmonară trebuie diferențiată de SDRA cu care este adesea confundată. Contuzia se manifestă de obicei în câteva minute de la leziunea inițială, este de obicei localizată pe un segment sau un lob, apare de obicei pe radiografiile toracice inițiale și tinde să dureze între 48 și 72 de ore. SDRA este difuză, iar dezvoltarea sa este de obicei întârziată, cu debut de obicei între 24 și 72 de ore după leziune.

159. **Răspunsul este b.** *(Scaletta și Schaider, pp. 243-244.) Manifestările* clinice ale **leziunii arteriale penetrante ale extremității** sunt, în general, împărțite în „semne dure" și „semne moi". Semnele dure includ sângerare pulsatilă , hematom în expansiune, fior palpabil sau zgomot audibil și semne de ischemie distală (de exemplu, durere, paloare, lipsă de puls, paralizie, parestezie, poikilotermie). Semnele moi includ diminuarea indicilor glezne-brahial, puls distal asimetric absent sau slab, antecedente de hemoragie moderată sau rană în apropierea unei artere majore și un deficit nervos periferic. Operația de urgență este în general necesară atunci când există **semne dure** de leziuni vasculare. Deși managementul leziunii extremităților penetrante este în evoluție, ori de câte ori există **dovezi de ischemie distală** , pacientul trebuie condus la sala de operare **pentru explorare și reparare.** Când este prezentă ischemie severă, reparația trebuie finalizată în 6 până la 8 ore pentru a preveni ischemia musculară ireversibilă și pierderea funcției membrelor. În prezența semnelor dure fără semne de ischemie, unii chirurgi pot prefera să efectueze mai întâi angiografia pentru a defini mai bine

leziunea.

(a) Angiografia este o modalitate frecvent utilizată în traumatismele extremităţilor penetrante şi este studiul de elecţie cu unele leziuni care prezintă **semne dure** . Cu toate acestea, atunci când există dovezi de ischemie a membrelor, pacientul trebuie să fie supus unei explorări şi reparaţii imediat **(c)** Fasciotomia este tratamentul pentru sindromul compartimental. Deşi sindromul compartimentar poate apărea în cazul traumatismelor contondente şi penetrante ale extremităţilor, este mai frecvent în cazul leziunilor prin zdrobire sau fracturilor cu umflare marcată. Poate fi necesar, dar trebuie efectuat împreună cu şi după stabilirea fluxului sanguin arterial. **(d)** Explorarea locală a plăgii nu este recomandată deoarece poate perturba hemostaza şi poate provoca o agravare a hemoragiei . **(e)** Scanarea CT nu este adecvată în contextul ischemiei membrelor.

160. **Răspunsul este b.** *(Rosen, p. 290.)* Hernia cerebrală apare atunci când creşterea ICP copleşeşte capacităţile naturale compensatorii ale sistemului nervos central (SNC). Creşterea ICP poate fi rezultatul umflării posttraumatice a creierului, formării edemului, expansiunii leziunii în masă traumatică sau oricărei combinaţii a celor trei. Când creşterea ICP nu poate fi controlată , conţinutul intracranian se va deplasa şi se va hernia prin foramenul cranian. Hernia poate apărea în câteva minute sau până la zile după o leziune cerebrală traumatică. Odată ce semnele de hernie sunt prezente, mortalitatea se apropie de 100% fără măsuri de inversare rapidă sau de temporizare. **Hernia uncală** este cea mai frecventă formă semnificativă clinic de hernie traumatică şi este adesea asociată cu sângerări traumatice extracraniene. Semnele şi simptomele clasice sunt cauzate de compresia uncusului ipsilateral al lobului temporal. Aceasta determină **compresia nervului cranian III, ducând la anizocorie, ptoză, mişcări extraoculare afectate şi un reflex de lumină pupilar lent** . Pe măsură ce hernia progresează, compresia nervului oculomotor ipsilateral provoacă în cele din urmă dilatarea pupilară ipsilaterală şi nonreactivitate.

(a) Un nivel alterat de conştiinţă este semnul distinctiv al insultei creierului din orice cauză şi rezultă dintr-o întrerupere a sistemului de activare reticulară (RAS) sau dintr-un eveniment global care afectează ambele corticale. **(c)** Dilatarea contralaterală este o manifestare tardivă a herniei cerebrale. **(d)** Hipertensiunea arterială progresivă asociată cu bradicardie şi diminuarea efortului respirator este descrisă ca reflex Cushing şi este o manifestare tardivă a herniei. **(e)** Hemipareza contralaterală se dezvoltă pe măsură ce hernia progresează.

161. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp. 391-392.)* **Hemotoraxul** este acumularea de sânge în spaţiul pleural după un traumatism toracic contondent sau penetrant. Poate duce la şoc hipovolemic şi poate reduce semnificativ capacitatea vitală

dacă nu este recunoscută. Este asociat cu un PTX aproximativ 25% din timp. Hemoragia din parenchimul pulmonar lezat este cea mai frecventă cauză a hemotoraxului, dar aceasta tinde să fie autolimitată, cu excepţia cazului în care există o laceraţie majoră a parenchimului. Vasele specifice sunt mai rar sursa de sângerare. Hemotoraxul este tratat cu **toracostomie toracică (tub toracic)** care este plasat în general în al patrulea sau al cincilea spaţiu intercostal la linia anterioară sau mediaxilară, peste porţiunea superioară a coastei. Tubul trebuie îndreptat superior şi **posterior** pentru a permite scurgerea sângelui din porţiunile dependente ale toracelui. Într-un PTX izolat, tubul este poziţionat anterior pentru a-i permite să aspire aer. Odată ce tubul este introdus, este important să monitorizaţi îndeaproape fluxul de sânge. Indicaţiile pentru toracotomie includ:

- Drenaj iniţial cu tubul toracic de 1000 până la 1500 cc de sânge **(a şi b).**
- 200 cc/h de drenaj persistent **(c).**
- Pacientul rămâne hipotensiv în ciuda înlocuirii adecvate a sângelui, iar alte locuri de pierdere de sânge au fost excluse.
- Pacientul se decompensează după răspunsul iniţial la resuscitare.
- Creşterea hemotoraxului observată la studiile cu raze X toracice.

162. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp. 248-249.) Această întrebare se adresează* **circulaţiei** „C" , în ABC. Resuscitarea fluidă iniţială începe de obicei cu lichide cristaloide, cum ar fi soluţie salină normală 0,9% sau lactat Ringer. În general, dacă pacientul rămâne instabil hemodinamic după 40 cc/kg de administrare de cristalloid (aproximativ 2-3 L), atunci trebuie începută o **transfuzie de sânge .** Sângele complet încrucişat este de preferat; cu toate acestea, aceasta nu este în general disponibilă în perioada de resuscitare timpurie. Prin urmare, sângele specific **tipului (tip O, Rh negativ sau tip O, Rh pozitiv)** este o alternativă sigură şi este de obicei gata în 5 până la 15 minute. Sângele de tip O, Rh negativ este de obicei rezervat femeilor în anii fertil pentru a preveni sensibilizarea Rh. Sângele de tip O, Rh-pozitiv poate fi administrat tuturor bărbaţilor şi femeilor dincolo de anii lor fertil.

(a) Cauza de bază a hipotensiunii arteriale a pacientului este hipovolemia secundară hemoragiei. Prin urmare, pentru a-i trata hipotensiunea arterială ar trebui să trataţi cauza de bază. Ea necesită resuscitare lichidă cu sânge şi chiar poate fi dusă la sala de operaţie pentru a opri sângerarea. Epinefrina este utilizată dacă pacientul este în stop cardiorespirator şi nu mai are puls. Cu toate acestea, cauza de bază, hipovolemia, trebuie corectată. **(b)** Cel mai bun lichid de resuscitare este sângele. Ghidurile ATLS sugerează începerea resuscitarii cu soluţie de cristaloid şi adăugarea de sânge dacă nu există niciun răspuns după un bolus de 40 cc/kg de lichid cristaloid. **(d)** Pacientul este prea instabil pentru a

fi transferat pentru o scanare CT. Dacă TA pacientului se normalizează, atunci echipa de traumatologie poate alege pentru o scanare CT. Dacă pacientul rămâne hipotensiv în ciuda resuscitării, atunci trebuie luate măsuri definitive, cum ar fi o laparotomie exploratorie pentru a opri hemoragia. **(e)** Odată ce examinarea FAST este pozitivă, repetarea acesteia nu va adăuga informaţii valoroase. Dacă pacientul rămâne hipotensiv, managementul definitiv este o prioritate.

163. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp. 256-265.)* Traumele apar în până la 7% din toate sarcinile şi reprezintă principala cauză a decesului matern. Este important să **se concentreze examenul primar asupra pacientului şi să se evalueze fătul în examenul secundar** . ABC-urile sunt urmate în mod obişnuit. Odată ce pacientul este considerat stabil, fătul trebuie evaluat. Evaluarea fetală se concentrează pe HR fetal şi mişcarea fetală. Traumatismele minore ale pacientului nu exclude rănirea fătului. Prin urmare, este important să monitorizaţi fătul. **Se recomandă observarea cardiotocografică a fătului viabil timp de minim 4 ore** pentru depistarea oricărei patologii intrauterine. Minimul trebuie extins la 24 de ore dacă, în orice moment în primele 4 ore, există mai mult de trei contracţii uterine pe oră, sensibilitate uterină persistentă, o bandă monitor fetală neliniştitoare, sângerare vaginală, ruptură sau leziune gravă a membranei materne.

(a) Operaţia cezariană în blocul operator poate avea loc dacă pacienta este stabilă, dar fătul este instabil şi are o sarcină mai mare de 24 de săptămâni. Această decizie ar trebui luată de medicul obstetrician. **(b)** Operaţia cezariană în ED sau operaţia cezariană perimortem se efectuează dacă dimensiunea uterului depăşeşte ombilicul , sunt prezente tonuri cardiace fetale şi decompensarea maternă este acută.

(c) Radiaţiile de la scanarea CT în cadrul sarcinii reprezintă o îngrijorare. Ecranarea uterului în scanările capului şi toracice permite un nivel acceptabil de expunere la radiaţii. Scanarea CT abdominală şi pelviană implică o expunere mai mare la radiaţii, iar riscurile şi beneficiile acestor studii ar trebui discutate cu pacientul. Alte proceduri de diagnosticare pot fi utilizate în cazul traumatismelor abdominale contondente, cum ar fi ultrasunetele, DPL şi RMN.

(d) Traumatismele minore nu scutesc fătul de leziuni şi impactul direct nu este necesar pentru apariţia patologiei fetoplacentare. Mama fără leziuni abdominale evidente sau chiar cu valori normale de laborator necesită încă monitorizare.

164. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp. 613-623.)* **Sindromul cauda equina** este o leziune a rădăcinilor nervoase lombare, sacrale şi coccigiene, care provoacă - leziuni ale nervilor periferici care pot duce la defecte neurologice permanente dacă nu sunt recunoscute şi corectate rapid. Datorită locaţiei centrale a herniei de disc, simptomele sunt adesea bilaterale şi implică **dureri de picioare, anestezie la şa şi tulburări ale funcţiei intestinului şi vezicii urinare (retenţie sau**

incontinenţă) . La examinare, pacienţii pot prezenta pierderea tonusului rectal şi pot prezenta alte pierderi motorii şi senzoriale la nivelul extremităţilor inferioare. Pacienţii cu sindrom de cauda equina suspectat necesită o scanare CT sau RMN de urgenţă.

(a) Anevrismele de aortă abdominală (AAA) pot prezenta dureri de spate şi rareori un deficit neurologic dacă devin suficient de mari şi afectează o rădăcină nervoasă. AAA ar trebui să fie întotdeauna luat în considerare la pacienţii peste 50 de ani cu hipertensiune arterială şi dureri de spate. O ecografie la pat poate identifica de obicei anevrismele de aortă abdominală mari. Dacă există încă îngrijorarea pentru un AAA, o scanare CT poate exclude diagnosticul. **(b)** Hernia de disc poate duce la compresia rădăcinii nervoase periferice şi iritaţia care duce la deficite senzoriale şi motorii. Cu toate acestea, pacienţii nu trebuie să prezinte alterarea funcţiei intestinale şi a vezicii urinare sau să aibă tonus rectal scăzut. Dacă da, afecţiunea este probabil sindromul cauda equina şi este o urgenţă neurologică **(c)** Stenoza spinării este o îngustă a canalului spinal, care poate provoca compresia măduvei spinării, care de obicei este mai agravată cu extensia spatelui şi ameliorată cu flexie. **(e)** Osteomielita este o infecţie a osului care se prezintă de obicei cu febră.

165. **Răspunsul este d.** *(Rosen, p. 295.)* **O pupilă dilatată unilaterală** în cazul traumatismelor craniene este un **indicator al ICP crescută.** Dacă ICP nu este scăzută imediat, pacientul are şanse mici de supravieţuire. Hiperventilaţia pentru a produce o PCO2 arterială de 30 până la 35 mm Hg va reduce temporar ICP prin promovarea vasoconstricţiei cerebrale şi reducerea ulterioară a fluxului sanguin cerebral. Debutul acţiunii este în 30 de secunde. La majoritatea pacienţilor, hiperventilaţia scade ICP cu 25%. P_{CO_2} nu ar trebui să scadă sub 25 mm Hg, deoarece aceasta poate provoca vasoconstricţie profundă şi ischemie în zonele normale şi lezate ale creierului. **Hiperventilaţia este o manevră temporară** şi trebuie utilizată doar pentru o perioadă scurtă de timp în timpul resuscitării acute şi numai la pacienţii care prezintă o deteriorare neurologică.

(a) Decompresia craniană ED (gaura de bavură) ar trebui efectuată numai în circumstanţe extreme, când toate celelalte încercări de reducere a ICP au eşuat. **(b)** Nu există dovezi că steroizii scad ICP şi nu sunt recomandaţi în traumatismele craniene. **(c)** Furosemidul nu are niciun rol în traumatismele acute leziuni cerebrale **(e)** Manitolul este cel mai bun agent osmotic pentru reducerea ICP. Debutul său este în 30 de minute şi durează până la 6 până la 8 ore. Manitolul are beneficiul suplimentar de a extinde volumul, reducând iniţial hipotensiunea arterială şi îmbunătăţind capacitatea sângelui de a transporta oxigen.

166. **Răspunsul este e.** *(Tintinalli, p 1596.)* Acest pacient are un pneu **motorax tensional** . Secundar după împuşcătură, aerul a intrat în spaţiul pleural, secundar împuşcăturii şi a provocat colapsul plămânului drept. Acest aer nu poate scăpa şi presiunea continuă să crească, împingând plămânul drept în mediastin, determinând deplasarea traheei spre stânga. Dacă acest proces nu este corectat, **întoarcerea venoasă şi debitul cardiac pot fi compromise** şi pacientul va muri. Simptomele clasice ale pneumotoraxului tensional includ dispnee, tahipnee, deviaţie traheală către partea nevătămată, zgomote respiratorii absente pe partea accidentată şi hipotensiune arterială. Tratamentul pneumotoraxului tensionat este **decompresia imediată cu ac** folosind un cateter IV mare de calibrul 14 sau 16 introdus în spaţiul pleural (adică al doilea spaţiu intercostal pe linia media-claviculară). Aerul trebuie să iasă din cateter, iar starea clinică a pacientului ar trebui să se îmbunătăţească. După decomprimarea acului trebuie efectuată o toracostomie cu tub.

(a) Pneumotoraxul de tensiune este un diagnostic clinic şi, dacă este suspectat, trebuie tratat imediat, fără a aştepta o radiografie toracică În timp ce intubaţia **(b)** este în general utilă pentru pacienţii cu detresă respiratorie, poate fi periculoasă în cazul unui pneumotorax tensional. Ventilaţia cu presiune pozitivă înrăutăţeşte pneumotoraxul de tensiune, ducând la un compromis cardio-vascular suplimentar. Acest pacient va necesita probabil management chirurgical şi echipa chirurgicală **(d)** ar trebui chemată; cu toate acestea, decompresia cu ac şi toracostomia tubului sunt abilităţi de bază în medicina de urgenţă şi trebuie efectuate imediat de medicul de urgenţă. Toracotomia ED **(c)** este indicată la pacienţii cu traumatisme penetrante care au asistat la pierderea pulsului pe teren sau în UR.

Febră

Întrebări

167. Un bărbat de 43 de ani, care consumă în prezent droguri intravenos (IV), se prezintă la Urgenţe (UR) cu 2 săptămâni de febră, dureri de spate şi slăbiciune progresivă la nivelul braţelor bilateral. El raportează că are o tuse cu spută albicioasă. El neagă orice antecedente de traume recente. Tensiunea arterială (TA) este de 130/75 mm Hg, frecvenţa cardiacă (HR) este de 106 bătăi pe minut, temperatura este de 103 ° F şi frecvenţa respiratorie (RR) este de 16 respiraţii pe minut. La examenul fizic, el are sensibilitate la palpare la nivelul coloanei

vertebrale mijlocii toracice şi scăderea forţei la nivelul extremităţilor superioare bilateral, cu amplitudine normală de mişcare. Rezultatele de laborator arată un număr de globule albe (WBC) de 15.500/ ^ L, hematocrit 40% şi trombocite 225/ p. L. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Abces pulmonar
b. Spondilita anchilozantă
c. Abces epidural spinal
d. Fractură de compresie vertebrală
e. Leziune metastatică spinală

168. O femeie de 81 de ani este adusă la urgență de copiii ei care declară că pacienta se comportă mai obosită decât de obicei, a făcut febră în ultimele 2 zile și este mai confuză. În mod obișnuit, pacienta este foarte funcțională: este ambulatorie, gătește singură și merge pe o bandă de alergare 30 de minute pe zi. Semnele ei vitale sunt TA 85/60 mm Hg, HR 125, RR 20, temperatura 101,3 ° F și puls de oxigenare 97% pe aerul camerei. La examinare, pacientul are mucoase uscate, dar de altfel este neremarcabil. Ea este orientată către persoană și loc, dar afirmă că anul este 1925. Rezultatele ei de laborator arată un WBC 14.300/pL, hematocrit 31% și trombocite 350/pL Electroliții ei sunt în limite normale. Glicemia este de 92 mg/dL. O radiografie toracică nu evidențiază infiltrații. Analiza urinei evidențiază proteine 2+, urme de cetone, WBC > 100/hpf, RBC 5 până la 10/hpf, nitriți pozitivi și leucocitar esteraz pozitiv. După administrarea unui bolus de lichid salin normal de 500 cc și antibiotice cu spectru larg prin linia IV periferică, TA pacientului este de 82/60 mm Hg. Bănuiești că pacientul este în șoc septic. Care dintre următoarele este următorul curs de acțiune cel mai potrivit pentru a gestiona acest pacient cu terapie precoce orientată către obiective?

a. Începeți terapia vasopresoare; repetați TA, dacă este sub un nivel sistolic de 90 mm Hg, creșteți doza
b. Verificați hematocritul și, dacă este mai mic de 30%, pregătiți-vă pentru a transfuza globule roșii (RBC)
c. Plasați o linie venoasă centrală în vena jugulară internă dreaptă, măsurați o - presiune venoasă centrală (CVP), administrați bolusuri saline normale dacă CVP este mai mică de 8 mm Hg
d. Plasați o linie venoasă centrală în vena subclavie stângă, măsurați o CVP, administrați bolusuri saline normale dacă CVP este mai mică de 12 mm Hg
e. Plasați o linie venoasă centrală în vena femurală dreaptă, măsurați o CVP, administrați bolusuri saline normale dacă CVP este mai mică de 8 mm Hg

169. Un bărbat de 23 de ani se prezintă la urgenţă cu dureri în abdomenul inferior stâng şi dureri testiculare stângi care au început cu 1 până la 2 săptămâni în urmă şi s-au agravat treptat. Neagă greaţa şi vărsăturile. HR este de 98 de bătăi pe minut, TA este de 125/65 mm Hg, temperatura este de 100,9 ° F şi RR este de 18 respiraţii pe minut. Examenul fizic evidenţiază un testicul stâng sensibil, cu o noduritate fermă pe aspectul posterolateral al testiculului. Durerea este uşor ameliorată cu ridicarea testiculului şi reflexul cremasteric în normal. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai bun?

a. Prescripţi medicamente pentru durere şi penicilină pentru acoperirea sifilisului.
b. Se recomandă repaus la pat şi ridicarea scrotului cu urmărire urologică.
c. Încercaţi să desfaceţi testiculul stâng rotindu-l în sensul acelor de ceasornic şi comandaţi imediat o ecografie scrotală.
d. Administraţi ceftriaxonă 250 mg intramuscular (IM), plus o cură de 10 zile de doxiciclină orală.
e. Confirmaţi diagnosticul cu transiluminarea testiculului, apoi consultaţi urologia pentru drenaj chirurgical.

170. Un bărbat diabetic de 40 de ani se prezintă la UR cu durere perineală severă şi febră de până la 103 ° F. Examenul fizic demonstrează crepită peste coapsa medială şi decolorare larg răspândită cu demarcaţie ascuţită peste scrot. Scrotul este cald şi marcat edematos. Durerea lui pare disproporţionată cu examenul fizic. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Epididimita
b. Gangrena Fournier
c. Edem scrotal
d. Parafimoza
e. Torsiunea testiculară

171. Un bărbat de 55 de ani cu antecedente de alcoolism şi osteoartrită a dezvoltat dureri la genunchiul stâng la câteva zile după o cădere de la înălţimea în picioare. Pacientul a fost adus la urgenţă cu ambulanţa după ce a fost găsit pe o bancă din parc, declarând că nu putea să meargă din cauza durerii. La examinarea fizică, genunchiul său stâng este cald, sensibil sensibil şi umflat cu un revărsat mare. Are dureri la intervalul pasiv de mişcare. TA este de 150/85 mm Hg, HR este de 105 bătăi pe minut, temperatura este de 102,7 ° F, RR este de 16 respiraţii pe minut şi glicemia este de 89 mg/dL. Care dintre următoarele este cel mai potrivit test de diagnostic?

a. Radiografii de genunchi
b. Imagistica prin rezonanţă magnetică (RMN)
c. Viteza de sedimentare a eritrocitelor (ESR) şi proteina C reactivă
d. Artrocenteza
e. Scanare osoasa

172. O femeie de 35 de ani cu lupus eritematos sistemic (LES) este adusă la UR de fratele ei după ce acesta a găsit-o febrilă şi confuză. Examenul fizic evidenţiază febră, tahicardie, o stare de creştere şi scădere a bărbaţilor, peteşii peste mucoasa bucală, paloare şi scaun uşor hemopozitiv. Analiza ei de urină este pozitivă pentru sânge, celule roşii şi proteinurie. Rezultatele de laborator arată un azot ureic din sânge (BUN) de 40 mg/dL şi o creatinine de 2 mg/dL. Bilirubina ei este crescută (neconjugat > conjugat) şi raportul ei internaţional normalizat (INR) este de 0,98. Hemoleucograma ei completă dezvăluie WBC 12.000/ p L, hematocrit 29% şi număr de trombocite 17.000/ p L cu schistocite pe frotiu periferic. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Admiteţi la unitatea de terapie intensivă (UTI) pentru plasmofereză şi monitorizare atentă pentru sângerări acute.
b. Admiteţi la UTI pentru transfuzie de trombocite şi monitorizare pentru sângerări acute.
c. Începeţi administrarea de corticosteroizi, transfuzaţi trombocite şi apelaţi o intervenţie chirurgicală pentru splenectomie imediată.
d. Admiteţi la UTI pentru dializă şi monitorizare atentă pentru sângerări acute.
e. Efectuaţi o tomografie computerizată (CT) a capului fără contrast, urmată de o puncţie lombară (LP) pentru analiza lichidului cefalorahidian.

173. O femeie de 30 de ani se prezintă la urgenţă cu febră, dureri de cap, o erupţie cutanată „asemănătoare arsurilor solare" şi confuzie. Un prieten afirmă că pacientul s-a plâns de greaţă, vărsături, diaree şi dureri în gât în ultimele zile.

Ultima ei menstruaţie a început acum 4 zile. Semnele vitale sunt HR 110 bătăi pe minut, TA 80/45 mm Hg, RR de 18 respiraţii pe minut şi temperatură de 103 ° F. La examenul fizic, observaţi o femeie care arată prost cu o eritrodermie difuză de albire. Gâtul ei este suplu, fără semne de iritaţie meningeală. Observaţi o descuamare fină a pielii ei, în special pe mâini şi picioare, şi hiperemie a - membranelor mucoase orofaringiene, conjunctivale şi vaginale. Rezultatele de laborator arată o creatinfosfokinază (CPK) de 5000, WBC 15.000/ p L, trombocite de 90.000/ p L, BUN 40 mg/dL, creatinina 2 mg/dL şi enzime hepatice crescute. Care dintre următoarele este cel mai probabil organismul cauzal?

a. *Staphylococcus aureus*
b. *Rickettsia rickettsii*
c. *Streptococcus pyogenes*
d. *Neisseria meningitidis*
e. *Neisseria gonorrhoeae*

174. Un bărbat cu diabet de 32 de ani îşi calcă un cui prin pantoful de alergat. Două săptămâni mai târziu, se prezintă la urgenţă cu febră şi dureri de picior drept. La examenul fizic, călcâiul său este uşor eritematos şi sensibil sensibil la palpare, cu căldură şi edem. Există o cantitate mică de drenaj purulent prin orificiul de puncţie din călcâiul său. O radiografie simplă a piciorului său demonstrează o uşoară claritate a calcaneului. Are raza de mişcare redusă, dar poţi să-i flexezi pasiv şi să-i planifici glezna fără dificultate. Semnele sale vitale includ o temperatură de 101,4 ° F, HR de 98 de bătăi pe minut, TA de 130/75 mm Hg şi RR de 16 respiraţii pe minut. Care dintre următoarele este cel mai frecvent organism cauzator al acestei afecţiuni?

a. *Salmonella* sp.
b. *Pseudomonas aeruginosa*
c. *Staphylococcus aureus*
d. streptococi din grupa B
e. *Pasteurella multocida*

175. O femeie de 75 de ani este transferată la urgenţa dumneavoastră de la azilul local de bătrâni pentru febră, tuse şi letargie în creştere. În ultimele 3 zile, personalul azilului a observat creşterea sputei galbene şi scăderea debitului de urină de la pacient. TA este de 118/75 mm Hg, RR este de 20 de respiraţii pe minut, HR este de 105 bătăi pe minut, temperatura este de 100,9 ° F şi pulsul de oxigenare este de 94% în aerul camerei. La examinare, pacientul pare deshidratat. Auscultarea plămânilor evidenţiază crestături bibazilare. Rezultatele de laborator evidenţiază leucocite 14.500/pL, hematocrit 39%, trombocite 250/pL,

sodiu 132 mEq/L, potasiu 3,5 mEq/L, clorură 100 mEq/L, bicarbonat 18 mEq/L, BUN 27 mg/dL, glucoza 27 mg/dL, 85 mg/dL, 5 glucoză. mg/dL. Lactatul seric este de 4,7 mmol/dL. Pe baza prezentării acestei paciente, cum ați clasifica starea ei?

a. Sindromul de răspuns inflamator sistemic (SIRS)
b. Sindrom de răspuns inflamator sistemic sever
c. Sepsis
d. Sepsis sever
e. Soc septic

176. Un bărbat de 55 de ani se prezintă la urgență cu febră, salivare, trismus și gât umflat. Raportează un gust urât în gură de la o extracție a dintelui în urmă cu 2 zile. La examenul fizic, pacientul pare anxios. Are tumefacție submandibulară bilaterală și înălțare și proeminență a limbii. Apare „gât de taur" cu edem încordat și marcat sensibil și indurație musculoasă a gâtului superior și este sensibil pe molarii doi și trei inferiori. Nu există limfadenopatie cervicală. Semnele sale vitale sunt: HR 105 bătăi pe minut, TA 140/85 mm Hg, RR 26 respirații pe minut și temperatura 102 ° F Care dintre următoarele este cel mai potrivit pas următor în management?

a. Administrați o doză de antibiotice IV și obțineți o radiografie a țesuturilor moi a gâtului.
b. Se administrează o doză de antibiotice IV apoi se efectuează o incizie și un drenaj la pat.
c. Începeți administrarea de steroizi pentru a reduce inflamația și obțineți un consult pentru ureche, nas și gât (ORL).
d. Externarea pacientului cu antibiotice orale și urmărire ORL.
e. Asigurați-i căile respiratorii, începeți antibiotice IV și obțineți un consult ORL.

177. O femeie de 67 de ani se prezintă la urgență cu o erupție facială dureroasă care s-a agravat în ultimele 2 zile. La examenul fizic, ea are o zonă profund eritematoasă, strălucitoare, de piele caldă și sensibilă pe fața stângă, cu o margine puternic delimitată și indurata. Există edem minim. Valorile vitale sunt HR 88 bătăi pe minut, TA 125/70 mm Hg, RR 16 respirații pe minut și temperatura 101 ° F Care dintre următoarele este cel mai potrivit pas următor în management?

a. Antibiotice IV și internare în spital
b. Cefalosporină orală și urmărire în ambulatoriu
c. Aciclovir IV și frotiu de Tzanck
d. Steroizi sistemici și teste de laborator pentru factorul reumatoid
e. Consultație dermatologică și biopsie a erupției cutanate

178. Un bărbat în vârstă de 47 de ani se prezintă la îngrijiri de urgenţă plângându-se de dureri în gât de 2 zile şi febră subiectivă la domiciliu. Neagă tusea sau vărsăturile. TA este de 130/75 mm Hg, HR este de 85 de bătăi pe minut, temperatura este de 101 ° F şi RR este de 14 respiraţii pe minut. Are tumefierea amigdalelor fără exsudate şi ganglionii limfatici ai gâtului măriţi bilateral şi sensibili. Testul rapid al antigenului streptococic este negativ. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai bun în management?

a. Se administrează penicilină şi se eliberează pacientul.
b. Programaţi o biopsie a ganglionului limfatic pentru a exclude limfomul.
c. Observaţi timp de 6 ore.
d. Efectuaţi o cultură a gâtului, îngrijire simptomatică şi trataţi dacă rezultatele sunt pozitive.
e. Administraţi amantadină pacientului şi tuturor persoanelor de contact.

179. Un bărbat de 28 de ani care tocmai a terminat o cură de 7 zile de antibiotice pentru faringită se prezintă la UR cu dificultăţi progresive la înghiţire. TA este de 130/65 mm Hg, HR este de 95 de bătăi pe minut, temperatura este de 100,1 ° F, RR este de 16 respiraţii pe minut şi saturaţia de oxigen este de 99%. La examinare, pacientul nu este în suferinţă acută, dar are o masă fluctuantă pe partea dreaptă a palatului moale cu deviaţie a uvulei. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Aspiraţia cu ac, antibiotice şi urmărire în 24 de ore
b. Controlul durerii, observaţie timp de 6 ore
c. Admitere pentru incizie şi drenaj în bloc operator
d. Antibiotice şi urmărire în 24 de ore
e. Scanare CT, antibiotice şi urmărire în 24 de ore

180. Un bărbat în vârstă de 50 de ani se prezintă la urgenţă plângându-se de febră, dureri în gât şi dureri de gât timp de 24 de ore. Afirmă că acum 1 săptămână i s-au extras doi molari din gură. TA este de 145/75 mm Hg, HR este de 102 bătăi pe minut, temperatura este de 101,2 ° F şi RR este de 16 respiraţii pe minut. La examinare observaţi că pacientul saliva. Există eritem şi umflare a zonei submandibulare care dă aspectul unui „gât de taur". Limba lui este umflată şi înălţată, iar podeaua gurii este mai îndelungată . Nu există o masă fluctuantă în gură. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Mastoidita acută
b. Abces peritonsilar
c. angina Ludwig (LA)
d. Gingivita ulcerativă acută necrozantă (ANUG)

e. Faringita *cu streptococ*

181. Un bărbat în vârstă de 44 de ani se prezintă la urgență plângându-se de dureri de picior drept. El afirmă în timp ce juca baschet acum 2 săptămâni, a călcat pe un cui care i-a străpuns pantofii și i-a tăiat degetul mare. A mers imediat la Urgenta, unde i s-a facut o radiografie si a confirmat negativ, pe langa faptul ca i s-a administrat profilaxia tetanosului. La examenul fizic, degetul lui este umflat, eritematos și sensibil la palpare. Nu există nicio ruptură evidentă în piele sau abces prezent. TA este de 120/75 mm Hg, HR este de 80 de bătăi pe minut, temperatura este de 100,4 ° F și RR este de 16 respirații pe minut. Care dintre următoarele organisme este cel mai probabil agent patogen?

a. *Neisseria gonorrhoeae*
b. *Staphylococcus epidermidis*
c. *Sporothrix schenckii*
d. *Pseudomonas aeruginosa*
e. *Salmonella* sp.

182. Un bărbat diabetic de 42 de ani se prezintă la UR cu 3 zile de agravare rapidă a durerii scrotale şi perineale. HR este de 115 bătăi pe minut, TA este de 135/90 mm Hg, RR este de 18 respiraţii pe minut şi temperatura este de 102,9 ° F. Rezultatele de laborator sunt notabile pentru un WBC de 18.000/ p L. Examenul fizic demonstrează o infecţie necrozantă a scrotului şi fasciei subcutane perineale. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Curs de 14 zile cu levofloxacină şi urmărire urologică precoce.
b. Metronidazol şi cefalexină oral cu urmărire urologică precoce.
c. Medicamente pentru durere, băuturi calde zilnice şi urmărire cu un urolog.
d. Resuscitare fluidă agresivă, incizie şi drenaj la pat şi consult urologie.
e. Debridare chirurgicală, antibiotice IV cu spectru larg şi internare la spital.

183. O femeie in varsta de 45 de ani se prezinta la Urgenta plangandu-se de 3 zile de febra si agravarea durerii in gat si odinofagie dureroasa fara tuse sau coriza. Ea stă pe un scaun, aplecându-se înainte cu gura uşor deschisă. Are o cană de salivă şi o cutie de şerveţele faciale lângă ea. Valorile vitale sunt HR de 120 de bătăi pe minut, TA de 110/70 mm Hg, RR de 22 de respiraţii pe minut, saturaţie de oxigen de 99% în aerul camerei şi temperatura de 102 ° F. Vocea ei este răguşită, dar este capabilă să deschidă gura complet. Orofaringele ei posterior este moderat hiperemic, fără exsudate sau mărire a amigdalelor. O radiografie a ţesuturilor moi laterale de col uterin arată edem marcat al ţesuturilor moi prevertebrale şi absenţa spaţiului valecular. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Abces retrofaringian
b. Abces peritonsilar
c. Epiglotita
d. Faringită
e. Laringotraheita

184. O tânără de 19 ani prezintă dureri bilaterale la nivelul abdomenului inferior, febră, greaţă, vărsături şi stare generală de rău. Ultima ei menstruaţie a fost acum 5 zile. Valorile vitale sunt HR 98 bătăi pe minut, BP 110/65 mm Hg, RR 18 respiraţii pe minut şi temperatura de 102,7 ° F. Examenul pelvin demonstrează sensibilitate rafinată la mişcarea cervicală şi densitate anexală dreaptă. Rapoartele de laborator sunt notabile pentru un WBC 15.000/ p L, un VSH de 95 mm/h şi o urină negativă Ș -gonadotropină corionica umană (Ș -hCG). Ecografia transvaginala demonstreaza o masa complexa corecta cu componente chistice si solide. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Ceftriaxone IM plus o cură de 14 zile de doxiciclină orală şi urmărire în clinica de ginecologie.
b. Ofloxacină orală plus metronidazol şi urmărire în clinica de ginecologie.
c. Analgezice pentru un chist ovarian rupt şi urmărire în clinica de ginecologie.
d. Admitere pentru antibiotice IV şi posibil drenaj laparoscopic.
e. Admiterea pentru tratament medical sau chirurgical urgent al unei sarcini extrauterine.

185. Un consumator de droguri IV în vârstă de 42 de ani se prezintă la UR cu febră, frisoane, dureri toracice pleuritice, mialgii şi stare generală de rău. Elementele vitale ale pacientului includ o HR de 110 bătăi pe minut, BP de 110/65 mm Hg, RR de 18 respiraţii pe minut şi o temperatură de 103 ° F. Examenul fizic este remarcabil pentru hemoragii retiniene, peteşii de pe conjunctivă şi mucus, o slabă ejecţie de suflu sistolic şi sistolic. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Sindromul sinusului bolnav
b. Miocardită
c. Pericardită
d. Tamponadă cardiacă
e. Endocardita

186. Un bărbat cu diabet în vârstă de 51 de ani se plânge de dureri intense la urechea dreaptă şi de scurgeri. La examinarea fizică, TA este de 145/65 mm Hg, HR 91 bătăi pe minut şi temperatura de 101 ° F. Se retrage atunci când îi retragi vârful urechii. Conductul auditiv extern este eritematos, edematos şi conţine ceea ce pare ţesut de granulaţie friabil în canalul auditiv extern. Membrana timpanică este parţial obstrucţionată, dar pare a fi, de asemenea, eritematoasă. Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la starea acestui pacient este adevărată?

a. Este o complicaţie frecventă a otitei externe care afectează pacienţii altfel sănătoşi.
b. Principalul tratament este ambulatoriu cu antibiotice orale.
c. Pacienţii sunt de obicei afebrili şi au dureri minime de urechi.
d. Este cauzată de *P aeruginosa.*
e. Pierderea auzului este cea mai frecventă complicaţie.

187. O femeie de 26 de ani se prezintă la urgenţă cu febră, stare generală de rău şi o erupţie cutanată în evoluţie în axila dreaptă despre care ea a crezut iniţial că este de la o muşcătură de insectă pe care a primit-o în timpul drumeţiei cu o săptămână mai devreme. Ea se plânge de oboseală generalizată, greaţă, dureri de cap şi dureri articulare în ultimele câteva zile. Elementele vitale ale ei sunt TA de 120/75 mm Hg, HR de 75 de bătăi pe minut, RR de 16 respiraţii pe minut şi temperatura de 101 ° F. La examenul fizic, ea este trează şi alertă, cu un examen neurologic nonfocal. Gâtul ei este suplu, dar este sensibil sensibil peste articulaţiile umărului, genunchiului şi şoldului, bilateral, fără revărsări distincte. Abdomenul ei este moale şi lipsit de sensibilitate. Are o placă inelară eritematoasă de 9 cm, cu o deschidere centrală sub axila dreaptă. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai bun?

a. Consultaţi dermatologia pentru o biopsie a erupţiei cutanate.
b. Efectuaţi un LP şi începeţi tratamentul cu ceftriaxonă IV.
c. Prescripţi-i doxiciclină 21 de zile şi aranjaţi urmărirea cu medicul ei primar.
d. Prescripţi-i cremă cu hidrocortizon pentru erupţie cutanată şi acetaminofen pentru dureri de cap şi dureri articulare.
e. Efectuaţi teste serologice pentru *Borrelia burgdorferi* şi începeţi tratamentul numai dacă este pozitiv.

188. Un bărbat de 22 de ani se prezintă la urgenţă cu antecedente de 3 zile de

erupție cutanată, febră, stare generală de rău și răni bucale. Nu a putut să mănânce din cauza durerilor de gură. El neagă artralgiile, scurgerile penisului, medicamentele noi, alergiile la medicamente sau episoadele similare anterioare. La examinare, TA pacientului este de 100/60 mm Hg, HR este de 110 bătăi pe minut, RR este de 20 de respirații pe minut și temperatura este de 102 ° F Pacientul pare alert, dar inconfortabil. Are multiple leziuni veziculoase pe conjunctivă și pe gură, așa cum se vede în imaginea de mai jos. Acuitatea vizuală este de 20/20. Leziunile țintă se găsesc pe palmele și tălpile lui. Care este următorul pas cel mai potrivit în management?

(Reprodus, cu permisiune, din Shah BR, Lucchesi M. Atlas de Urgență Pediatrică Medicament. *New York, NY: McGraw-Hill; 2006: Figura 7-5.)*

a. Eliberați-l cu analgezice, antihistaminice și apă de gură.
b. Eliberați-l cu aciclovir, analgezice, antihistaminice și apă de gură.
c. Deversați-l după 1-L soluție salină normală IV; și prescripții pentru analgezice, antihistamine , prednison oral și apă de gură.
d. Admiteți-l și administrați 1 până la 2 L de soluție salină normală IV, prednison oral, gesice anale, antihistaminice și apă de gură.
e. Admiteți-l și administrați 1- până la 2-L ser fiziologic normal IV; analgezice și aciclovir IV.

189. Un bărbat în vârstă de 54 de ani cu antecedente de hepatită C, abuz de

alcool şi ascită cirotică se prezintă cu creşterea circumferinţei abdominale şi dureri abdominale. Se plânge de dificultăţi tot mai mari de respiraţie, mai ales când se află întins, cauzate de agravarea ascitei. La examenul fizic, pacientul este cahectic şi pare mai în vârstă decât vârsta lui declarată. Are un abdomen sensibil sensibil şi ascita încordată. Ficatul este palpabil la 4 cm sub marginea costală. Vitale includ o TA de 110/65 mm Hg, HR de 110 bătăi pe minut, RR de 22 de respiraţii pe minut şi o temperatură de 102 ° F. Care dintre următoarele este cel mai frecvent organism observat în peritonita bacteriană spontană ?

a. *Pseudomonas aeruginosa*
b. *Enterococ*
c. *Streptococcus pneumoniae*
d. *Enterobacteriaceae*
e. *Streptococcus viridans*

Febră

Răspunsuri

167. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp. 620-621.)* **Abcesele coloanei vertebrale** sunt cel mai frecvent întâlnite la **pacienţii imunocompromişi, la consumatorii de droguri IV** şi la **vârstnici.** Semnele şi simptomele abcesului epidural se dezvoltă de obicei pe parcursul unei săptămâni sau două şi includ febră, durere localizată şi slăbiciune progresivă. Un număr crescut de leucocite este, de asemenea, frecvent observat. RMN-ul este cel mai util test de diagnostic. *Staphylococcus aureus* este cel mai frecvent organism cauzator , urmat de bacili gram negativi şi bacilul tuberculozei.

(a) Un abces pulmonar este o cavitaţie a parenchimului pulmonar rezultat din supuraţia locală şi necroza centrală. Este adesea precipitată prin aspirarea secreţiilor orofaringiene. **(b)** Afecţiunile inflamatorii, inclusiv spondilita anchilozantă, pot provoca dureri de spate. Constatările cheie ale acestei boli includ apariţia treptată a rigidităţii matinale îmbunătăţită odată cu exerciţiile fizice la un pacient cu vârsta mai mică de 40 de ani. La examenul fizic, aceşti pacienţi pot avea flexie limitată a spatelui, expansiune redusă a toracelui şi sensibilitate articulaţiei sacroiliace, toate acestea nespecifice. Febră şi slăbiciune nu ar fi de aşteptat. **(d)** Durerea de spate poate rezulta din fracturile prin compresie vertebrală. Acestea pot fi secundare traumatismului sau pot fi atraumatice la un pacient cu osteoporoză. Fracturile de compresie osteoporotică implică de obicei pacienţi peste 70 de ani sau pacienţi cu slăbiciune osoasă dobândită (de exemplu, utilizarea prelungită de steroizi). **(e)** Leziunile metastatice invadează măduva spinării, ducând la compresia măduvei spinării. Cele mai frecvente tumori primare includ sânul, plămânul, tiroida, rinichiul, prostată (BLT cu murături Kosher), precum şi limfomul şi mielomul multiplu. Menţine un nivel ridicat de suspiciune pentru orice pacient cu cancer care dezvoltă dureri de spate; aceşti pacienţi trebuie investigaţi pentru metastaze spinale.

168. **Răspunsul este c.** *(Filbin, 2006.)* Tratamentul pentru sepsis a evoluat considerabil în ultimii 10 ani. Recunoaşterea precoce şi terapia agresivă timpurie pentru pacienţii cu sepsis au un impact semnificativ asupra mortalităţii. Dr. Emanuel Rivers şi colab., au adus această problemă în prim-plan cu articolul lor

de referință în *New England Journal of Medicine* în 2001, unde au instituit un protocol de tratament pentru pacienții cu șoc septic, numit **terapie precoce direcționată către obiectiv (EGDT).** EGDT subliniază recunoașterea precoce a pacienților cu potențial sepsis în ED, antibiotice timpurii cu spectru larg și un bolus rapid de lichid cristaloid, urmată de terapie orientată către acei pacienți care rămân hipotensivi sau grav bolnavi după această terapie inițială. Acei pacienți care nu au răspuns la un bolus inițial de lichid și la antibiotice au primit un cateter venos central în vena jugulară sau subclavie internă pentru a măsura CVP și un cateter arterial pentru a măsura direct TA arterială.

EGDT este practic un proces în trei etape, care vizează optimizarea perfuziei tisulare:

- Primul pas implică titrarea administrării de lichid cristaloid la CVP sau administrarea de bolusuri de 500 ml de lichid până când CVP măsoară între 8 și 12 mm Hg. CVP este un surogat pentru volumul intravascular, deoarece excesul de volum de sânge circulant este conținut în sistemul venos.
- Al doilea pas, în cazul în care pacientul nu s-a îmbunătățit numai cu lichid, este să se administreze vasopresoare pentru a atinge o presiune arterială medie (MAP) mai mare de 65 mm Hg.
- Al treilea pas este evaluarea saturației venoase centrale în oxigen (SvO_2). Acesta este obținut din linia venoasă centrală, care, la rândul său, este un surogat pentru oxigenarea țesutului periferic și debitul cardiac. O saturație venoasă centrală mai mică de 70% este considerată anormală și indică o terapie suboptimă. În acest caz, se verifică hematocritul și se transfuzează sânge până când se atinge un hematocrit mai mare de 30%. Odată ce acest lucru este atins și saturația venoasă centrală este încă scăzută, se inițiază dobutamina pentru a crește debitul cardiac.

Inflamator sistemic

Sindromul de răspuns (SIRS)	Sepsis	Sepsis sever	Șoc septic
Două sau mai multe dintre următoarele criterii: HR > 90 Temperatura > 100,4 ° F sau < 96,8 ° F RR > 20 sau $PaCO_2$ < 32 WBC > 12.000 celule/mm^3, sau < 4000 celule/mm^3 sau > 10% forme de bandă	DOMNULUI + Infecții suspectate sau dovedite	Sepsis + Disfuncție acută de organ	Sepsis + Hipotensiune arterială refractară

(a) Terapia cu vasopresoare nu trebuie începută până când pacientul

primeşte cel puţin bolusuri normale de soluţie salină pentru a obţine o CVP între 8 şi 12 mm Hg sau pentru a menţine o MAP de cel puţin 65 mm Hg. **(b)** RBC-urile împachetate pot fi transfuzionate dacă saturaţia de oxigen venoasă centrală (SvO_2) este mai mică de 70% şi hematocritul este mai mic de 30%. Totuşi, acest lucru se întâmplă după administrarea de lichide . **(d)** Un CVP de 8 până la 12 mm Hg este obiectivul. Lichidul trebuie administrat atunci când CVP este mai mică de 8 mm Hg. **(e)** Vena femurală nu este o locaţie potrivită pentru a plasa o linie centrală în terapia timpurie orientată către obiectiv, deoarece nu măsoară cu exactitate CVP.

169. **Răspunsul este d.** *(Tintinalli, pp. 617-618.)* **Epididimita** este o inflamaţie a epididimului, adesea cauzată de o infecţie bacteriană dependentă de vârstă . Bolile cu transmitere sexuală (BTS), cum ar fi gonoreea şi *Chlamydia,* sunt cele mai frecvente la pacienţii cu vârsta sub 35 de ani, în timp ce agenţii patogeni urinari, cum ar fi *Escherichia coli* şi *Klebsiella,* sunt cei mai frecventi la pacienţii cu vârsta peste 40 de ani. Spre deosebire de torsiune testiculară, debutul durerii în epididimita este de obicei gradual, iar reflexul cremasteric este (de obicei?) intact. Ridicarea scrotului poate ameliora temporar durerea (semn Prehn pozitiv). Tratamentul include repaus la pat, ridicarea scrotului sau sprijinul în timpul deambulării, evitarea ridicării greutăţilor şi antibiotice pentru infecţie.

(a) Acest pacient poate avea nevoie de medicamente pentru durere, dar acoperirea cu antibiotice adecvate va ajuta la ameliorarea simptomelor. În timp ce penicilina este terapia adecvată pentru sifilisul primar, acest pacient are epididimită. **(b)** Deşi creşterea scrotalului poate fi utilă, tratamentul definitiv pentru epididimita necesită o acoperire adecvată cu antibiotice. **(c)** Epididimita trebuie diferenţiată de torsiune testiculară, o adevărată urgenţă. Torsiunea testiculară este o răsucire a testiculului pe rădăcina sa şi apare adesea în timpul unei activităţi intense sau ca urmare a unui traumatism. Este acut la debut şi durerea nu este de obicei ameliorată cu ridicarea scrotului, iar reflexul cremasteric poate fi absent în partea afectată. Se poate încerca detorsionarea manuală, dar trebuie obţinut imediat un ultrasunet Doppler pentru a căuta fluxul de sânge către testicul. **(e)** Hidrocele este o acumulare de lichid în tunica vaginala persistentă din cauza obstrucţiei, care împiedică drenajul limfatic al testicului. La examenul fizic, transiluminarea poate ajuta la confirmarea diagnosticului. Tratamentul include reasigurarea şi, eventual, urmărirea chirurgicală pentru drenaj.

170. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli, pp 614-615.)* **Gangrena Fournier** este o **fasciită necrozantă polimicrobiană** a ţesutului subcutanat perineal şi a organelor genitale masculine care provine din piele, uretră sau rect. De obicei, începe ca un simplu

abces sau o infecţie benignă care se răspândeşte rapid, în special la un pacient imunocompromis, adesea un bărbat diabetic. Dacă nu este diagnosticată prompt, poate duce la tromboză a arterei terminale în ţesutul subcutanat şi necroză larg răspândită. Tratamentul include resuscitarea agresivă cu fluide; antibiotice cu spectru larg pentru a acoperi bacteriile gram-pozitive, gram negative şi anaerobe; debridare chirurgicală largă; şi, eventual, oxigenoterapie hiperbară.

(a) Epididimita este o infecţie bacteriană a epididimului, cu debut gradual de durere abdominală inferioară sau testiculară. Implicarea in acest caz este mult mai extinsa iar crepita si decolorarea pe scara larga indica o infectie mai virulenta. **(c)** Edemul scrotal poate fi idiopatic, dar apare de obicei secundar muşcăturii de insecte sau umane. Edemul scrotal asociat cu edem penian poate fi observat la bărbaţii în vârstă, în combinaţie cu edem la nivelul extremităţilor inferioare în stările de supraîncărcare cu lichide (de exemplu, insuficienţă cardiacă congestivă). **(d)** Parafimoza este incapacitatea de a reduce preputul proximal peste glandul penisului (preputul devine „blocat" în spatele glandului penisului). Poate duce la scăderea fluxului arterial şi, eventual, la gangrenă. **(e)** Torsiunea testiculară este răsucirea unui testicul pe rădăcină care are loc de obicei în timpul unei activităţi intense sau în urma unui traumatism, dar poate apărea ocazional în timpul somnului. Este cel mai frecvent la sugari şi adulţi tineri.

171. Răspunsul este d. *(Rosen, pp 1588-1591.)* **Artrita septică** este o infecţie a unui spaţiu articular, cel mai frecvent a genunchiului, urmată de şold, umăr şi încheietura mâinii. Pacientul prezintă o articulaţie caldă, sensibilă, eritematoasă, umflată şi durere cu amplitudine pasivă de mişcare. Febra şi frisoanele sunt frecvente. **Artrocenteza** este diagnostică cu lichidul articular care demonstrează un număr de leucocite > 50.000/ p L cu > 75% granulocite. *Staphylococcus aureus* rămâne agentul patogen predominant pentru toate grupele de vârstă. La adulţii tineri, artrita septică gonococică este frecventă. Pacienţii cu artrită septică trebuie să primească o primă doză de antibiotice în UR înainte de internare. Dacă este prezentă o celulită coincidentă peste articulaţia implicată, artrocenteza poate fi necesară amânarea.

(a) Radiografiile simple trebuie obţinute pentru a identifica orice osteomielita sau boala articulară subiacentă, dar sunt adesea negative. Artrita preexistentă (osteoartrita sau artrita reumatoidă), stările imunocompromise (alcoolism , diabet sau cancer) şi comportamentul sexual riscant sunt factori de risc pentru dezvoltarea artritei septice. **(b)** RMN nu joacă niciun rol în diagnosticul artritei septice, dar poate fi util în alte leziuni musculo-scheletice care implică genunchiul. **(c)** ESR şi proteina C-reactivă sunt adesea crescute în artrita septică, dar niciunul nu este diagnostic. **(e)** Un genunchi cald, umflat şi

dureros este îngrijorător pentru osteomielita, care poate determina scăderea amplitudinii active de mişcare. Cu toate acestea, gama pasivă de mişcare nu ar trebui să fie grav compromisă. O scanare osoasă va detecta osteomielita în decurs de 48 de ore, ceea ce poate să nu apară imediat pe o radiografie simplă.

172. **Răspunsul este a.** *(Harrison, pp. 689-690.)* Acest pacient are **purpură trombotică trombocitopenică (TTP),** cauzată de distrugerea trombocitară crescută. În TTP, trombii trombocitar-fibrină se depun în vas şi provoacă leziuni ale eritrocitelor şi trombocitelor, ducând la microangiopatie, anemie hemolitică şi trombocitopenie. Pacienţii tind să fie femei cu vârsta cuprinsă între 10 şi 45 de ani. Factorii de risc includ sarcina, tulburările autoimune (de exemplu, lupus eritematos sistemic [LES]), infecţia, transplantul alogen de măduvă osoasă, malignitatea şi anumite medicamente. Pentada poate fi amintită cu mnemonicul FAT RN: febră, anemie hemolitică, trombocitopenie , insuficienţă renală şi modificări neurologice (starea mentală în creştere şi scădere). Tratamentul include **plasmafereza** zilnică până la normalizarea numărului de trombocite. RBC poate fi transfuzat la pacienţii simptomatici de anemie (de exemplu, tahicardie, hipoxie, hipotensiune ortostatică). Toţi pacienţii cu TTP trebuie internaţi într-o UTI pentru monitorizarea atentă a sângerărilor acute.

(b) Terapia pentru TTP, în general, **nu** include transfuzia de trombocite , deoarece aceasta ar putea agrava starea şi poate creşte mortalitatea. Cu toate acestea, trombocitele trebuie administrate la pacienţii care au o sângerare care pune viaţa în pericol (de exemplu, o sângerare intracraniană). **(c)** Corticosteroizii şi splenectomia sunt utilizaţi în cazurile refractare, dar plasmaforeza este principalul tratament al TTP. **(d)** Sindromul hemolitic uremic (HUS) este o afecţiune, cea mai frecventă la copii, despre care se crede că se află pe acelaşi continuum cu TTP. Triada de diagnostic include insuficienţa renală, anemia hemolitică microangiopatică şi trombocitopenia. Febra şi starea psihică alterată sunt de obicei absente, deşi convulsiile pot rezulta din complicaţii ale insuficienţei renale. HUS este adesea asociată cu infecţia cu *E coli* sau *Shigella dysenteriae* sau cu ingestia de carne insuficient gătită sau de alimente nepasteurizate. **(e)** Febra şi starea psihică alterată pot indica meningită, dar acest pacient are alte semne şi simptome în concordanţă cu TTP. Un LP este inutil şi ar putea fi periculos , având în vedere numărul foarte scăzut de trombocite.

173. **Răspunsul este a.** *(Tintinalli, pp. 870-871, 913-918, 1517-1519.)* Acest pacient suferă de **sindromul şocului toxic (SST), un** sindrom sever, care pune viaţa în pericol, caracterizat prin **febră mare, eritrodermie maculară difuză, hipotensiune profundă, descuamare** şi implicare multisistem, vărsături diargiale sau severe hiperemie a membranei mucoase , disfuncţie renală sau hepatică, scăderea

trombocitelor şi dezorientare). TSS poate progresa rapid la disfuncţii multisistem şi şoc. TSS a fost recunoscută iniţial ca o boală a femeilor tinere, sănătoase, aflate la menstruaţie, în care utilizarea tamponului creşte riscul de 33 de ori. Odată cu creşterea gradului de conştientizare şi modificări în compoziţia tampoanelor, cazurile de TSS au scăzut în ultimii 20 de ani. *Staphylococcus aureus* este organismul cauzator. O exotoxină produsă de *S aureus* este cauza presupusă în TSS legate de menstruaţie (MRTSS) şi două endotoxine au fost implicate în TSS non-menstrual (NMRTSS). TSS trebuie luat în considerare în orice boală febrilă inexplicabilă asociată cu eritrodermie, hipotensiune arterială şi patologie difuză a organelor. Pacienţii cu MRTSS prezintă de obicei între a treia şi a cincea zi de menstruaţie. În cazurile severe, durerea de cap este cea mai frecventă plângere. Erupţia cutanată este o eritrodermie difuză, de albire, descrisă adesea ca o „arsură solară" nedureroasă, care dispare în decurs de 3 zile şi este urmată de descuamare , în special a palmelor şi tălpilor. Pentru cazurile severe, tratamentul include resuscitarea agresivă cu fluide IV, oxacilină sau cefazolină IV şi internarea la spital într-un cadru monitorizat.

(b) Febra petală a Munţilor Stâncoşi (RMSF) este cauzată de *R rickettsii,* care este transmisă de căpuşe. Organismul se înmulţeşte în celulele endoteliale care căptuşesc vasele mici, provocând vasculită generalizată, precum şi dureri de cap, febră, confuzie, erupţii cutanate, mialgii şi şoc. Erupţia apare de obicei în ziua 2-3, iniţial pe încheieturi, glezne, palme şi tălpi, răspândindu-se rapid la extremităţi şi trunchi. Leziunile încep ca macule mici, eritematoase de albire, care devin maculopapulare şi petehiale. Locaţia şi tipul erupţiei cutanate, împreună cu istoricul, disting RMSF de TSS. Testele serologice sunt de confirmare, dar tratamentul cu doxiciclină sau cloramfenicol trebuie început înainte de confirmare. **(c)** Scarlatina streptococică este o boală febrilă acută care afectează în principal copiii mici, cauzată de *S pyogenes* (streptococi de grup A [GAS]). Erupţia cu hârtie de şmirghel a scarlatinei diferă de erupţia maculară cu arsuri solare a TSS. Tratamentul este penicilina sau o macrolidă la pacienţii alergici la penicilină. În timp ce *S aureus* este organismul cauzator al TSS, recent a apărut un sindrom asemănător TSS mai puţin frecvent, dar mai agresiv, TSS streptococic (STSS). Tratamentul este similar cu TSS, cu management agresiv al fluidelor împreună cu penicilină IV şi clindamicină. Aceşti pacienţi pot evolua către o fasciită necrozantă sau miozită, necesitând intervenţie chirurgicală. **(d)** Meningococemia este o vasculită infecţioasă cauzată de *meningitide N diseminate,* un diplococ gram negativ . Pot fi găsite, de asemenea , febră, dureri de cap, artralgii, stare mentală alterată şi elemente vitale anormale, împreună cu rigiditatea gâtului. Nu există indicii de iritaţie meningeală la acest pacient. Mai mult, erupţia meningococcemiei este distinct diferită de cea a TSS, implicând vezicule petehiale, hemoragice, macule şi papule cu eritem înconjurător, în

special pe trunchi şi extremităţi. Tratamentul este IV cef triaxonă. **(e)** Gonococemia diseminată, observată de obicei la femelele tinere, active sexual, este cauzată de *N gonorrhoeae.* Erupţia cutanată de gonococcemie este pustuloasă cu o bază eritematoasă, mai degrabă decât petehială şi hemoragică , la fel ca leziunile RMSF şi meningococemia. De asemenea, poate fi asociat cu febră şi artralgii. Tratamentul este ceftriaxonă IV sau ciprofloxacină orală.

174. Răspunsul este c. *(Rosen, pp 1928-1937. Tintinalli, p. 326.)* **Osteomielita** este o infecţie sau inflamaţie a unui os cu o incidenţă după răni de puncţie plantară de 0,1% până la 2%. Pentru pacienţii în general, *S aureus* este cauza principală a osteomielitei, urmată de speciile *de Streptococcus* . Pot să apară durere, umflare, febră, roşeaţă şi drenaj, dar durerea este plângerea prezentă în majoritatea cazurilor. Factorii de risc includ traumatisme, intervenţii chirurgicale, infecţii ale ţesuturilor moi şi imunocompromisă (de exemplu, HIV, diabet, consum de droguri intravenos, siclemie, alcoolism). Diagnosticul definitiv se face prin scanare osoasa care va demonstra osteomielita in 72 de ore de la debutul simptomelor. Radiografiile pot fi normale devreme, dar vor demonstra o creştere a periostului în decurs de 10 zile. VSH este adesea crescută, dar o VSH normală sau uşor crescută nu exclude diagnosticul. ESR este cel mai valoros în urma răspunsului la tratament, deoarece ESR ar trebui să scadă pe măsură ce infecţia se rezolvă. Hemoculturile, care sunt pozitive în 50% din cazuri, ar trebui folosite pentru a ghida tratamentul cu antibiotice. Toţi pacienţii cu răni perforate trebuie să primească profilaxie împotriva tetanosului.

(a) Pacienţii cu siclemie şi asplenism prezintă un risc mai mare de osteomielita *cu Salmonella* , deşi *S aureus* rămâne cea mai frecventă cauză. **(b)** *Pseudomonas* provoacă infecţii osoase şi articulare în principal în trei situaţii. În primul rând, pacienţii care primesc dispozitive protetice implantate în timpul intervenţiilor chirurgicale ortopedice prezintă un risc mai mare de osteomielita de la *Pseudomonas.* Rănile înţepate la picior cresc, de asemenea, riscul de osteomielite de la *Pseudomonas. Pseudomonas* nu pare să crească pe obiectele perforate, ci mai degrabă pare să crească pe încălţăminte şi poate fi inoculat în rană. În al treilea rând, consumatorii de droguri IV pot dezvolta osteomielita hematogenă, adesea la nivelul coloanei vertebrale, din cauza bacteriilor *Pseudomonas* . **(d)** Pentru pacienţii în general, *S aureus* este cauza principală a osteomielitei, urmată de *Streptococcus.* La nou-născuţi, *streptococul de grup B* este o bacterie infecţioasă frecventă a infecţiilor osoase şi articulare, iar *streptococul de grup A* poate fi observat la copiii cu vârsta cuprinsă între 3 luni şi 14 ani. **(e)** Infecţia pielii sau a oaselor în urma muşcăturii de pisică este cel mai probabil din cauza *P multocida.*

175. **Răspunsul este d.** *(Filbin, 2006.)* Baza sepsisului **(c)** este prezenţa infecţiei şi modificările fiziologice ulterioare ca răspuns la acea infecţie, şi anume activarea cascadei inflamatorii. **(a)** SIRS este un termen folosit pentru a defini această afecţiune clinică şi este considerat prezent dacă există anomalii în doi dintre următorii patru parametri clinici: (1) temperatura corpului, (2) HR, (3) RR şi (4) numărul de leucocite periferice. Aceste criterii includ temperatura corpului < 36 ° C (96,8 ° F) sau > 38 ° C (100,4 ° F), mai degrabă > 90 de bătăi pe minut, RR > 20 respiraţii pe minut sau, la gaze din sânge, o $PaCO2_{mai}$ mică de 32 mm Hg şi un număr de leucocite < 4000 celule/mm ^{3} sau > 30 celule/mm ^{12}, 3 sau > 30 0 12, 30 mm 10% forme de bandă. Starea acestui pacient este cea mai consistentă cu **sepsis sever,** care este definit ca **sepsis cu disfuncţie acută de organ.** Câteva exemple de disfuncţie a organelor terminale includ leziune pulmonară acută, encefalopatie, confuzie, coagulopatie progresivă cauzată de incapacitatea de a sintetiza factorii de coagulare, bilirusul seric neconjugat crescut , oligurie, anurie şi insuficienţă cardiacă sistolica şi diastolică. SIRS sever **(b)** este definit ca o disfuncţie a organului terminal fără dovezi de infecţie. Şocul septic **(e)** este definit ca sepsis cu hipotensiune arterială persistentă în ciuda resuscitarii cu lichide şi a hipoperfuziei tisulare care rezultă.

176. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp 977-978.)* **Angina Ludwig (LA) este o celulită** care poate pune viaţa în pericol a ţesutului conjunctiv al **podelei gurii şi gâtului** , care începe în **spaţiul submandibular.** Un dinte infectat sau recent extras este prezent în majoritatea cazurilor. De obicei, este o **infecţie polimicrobiană** care implică bacterii aerobe şi anaerobe ale gurii. Cele mai frecvent izolate organisme includ streptococii, stafilococii şi speciile bacteroides. Cele mai frecvente constatări fizice în LA sunt umflarea submandibulară bilaterală şi protruzia sau ridicarea limbii. Pot fi prezente un edem tensionat şi o indurație musculoasă a gâtului deasupra hioidului şi este descrisă ca „gât de taur". Se poate observa sensibilitate marcată la palparea gâtului şi emfizemul subcutanat. **Trismusul** şi **febra** sunt adesea prezente, dar de obicei nu există fluctuaţii palpabile sau limfadenopatie cervicală. Dinţii implicaţi pot fi sensibili la palpare. Pacienţii cu LA nu trebuie lăsaţi **niciodată singuri, deoarece afectarea căilor respiratorii poate apărea brusc.** Semnele compromiterii iminente ale căilor respiratorii includ stridor, tahipnee, dispnee, salivare şi agitaţie. Căile aeriene superioare pot fi distorsionate, făcând intubarea endotraheală dificilă sau imposibilă. Cricotirotomia poate fi, de asemenea, dificilă şi creşte riscul de răspândire a infecţiei în mediastin. Se preferă intubarea nazotraheală cu fibre optice.

(a) LA este de obicei un diagnostic clinic. Radiografiile ţesuturilor moi ale gâtului pot confirma diagnosticul prin demonstrarea edemului zonei afectate, îngustarea căilor respiratorii şi colecţii de gaze. Cu toate acestea, radiografiile nu

trebuie să întârzie tratamentul sau să plaseze pacientul într-o zonă în care gestionarea emergentă a căilor respiratorii este dificilă. **(b)** Înainte de antibiotice, incizia şi drenajul au fost tratamentul de elecţie. Astăzi, intervenţia chirurgicală este utilizată numai pentru acei pacienţi care nu răspund la terapia cu antibiotice sau cei cu colecţii purulente. În aceste cazuri rare, intervenţia chirurgicală, inclusiv incizia şi drenajul, apoi excizia planurilor faciale, ar fi cel mai bine efectuată într-o sală de operaţie (SAU), nu la pat. Pacienţii cu LA fără compromisuri respiratorii trebuie menţinuţi în poziţie şezând. **(c)** În timp ce steroizii au fost utilizaţi pentru abcesele peri-amigdale pentru a reduce inflamaţia, valoarea lor pentru LA este neclară. **(d)** Antibioticele trebuie începute imediat Regimurile adecvate includ penicilină în doză mare cu metronidazol sau cefoxitină utilizată în monoterapie. Clin damicina, ticarcilină-clavulanat, piperacilină-tazobactam sau ampicilină sul bactam pot fi, de asemenea, utilizate. Antibioticele orale nu sunt adecvate.

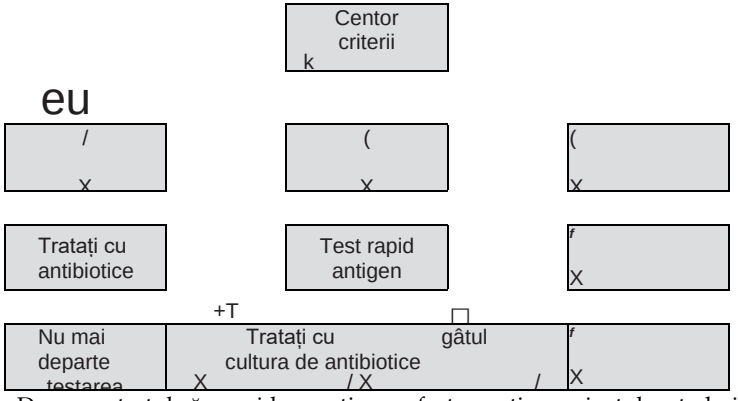
177. **Răspunsul este a.** *(Tintinalli, p 1523.) Erizipelul este o* **celulită superficială acută** a dermului, limfaticului şi ţesutului subcutanat. Se caracterizează printr-o **margine ascuţită delimitată** în jurul pielii, care este ridicată, profund eritematos, indurat şi dureros şi este asociat cu sindrom nefrotic, răni postoperatorii şi mici rupturi ale pielii. Erizipelul este mai superficial decât celulita şi este mai probabil să apară la tineri şi la vârstnici, dar distincţia dintre cele două este adesea subtilă şi irelevantă din punct de vedere terapeutic. Tratamentul erizipelului şi celulitei faciale necesită internare în spital şi antibiotice parenterale. Tratamentul vizează organismul predominant, *streptococul grup A,* dar se găsesc şi *stafilococi* şi alte specii *de streptococi* . Un consult oftalmologic imediat trebuie obţinut dacă există vreo implicare orbitală sau periorbitală.

(b) În timp ce celulita poate fi adesea tratată cu antibiotice orale, tratamentul pentru erizipel sau celulita facială necesită antibiotice parenterale. Un frotiu Tzanck este un test care se face pentru a diagnostica infecţiile cauzate de herpesvirusuri. Celulele sunt examinate la microscop pentru dovezi ale corpurilor de incluziune.

(c) Erizipelul şi celulita facială pot fi unilaterale sau bilaterale. Când sunt unilaterale, acestea trebuie să fie distinse de infecţia precoce cu herpes zoster, mai ales dacă sunt prezente vezicule. **(d)** Erizipelul cu implicare bilaterală poate fi confundat cu erupţia malară a LES. Erupţia malară sau „fluture" a LES constă în eritem pe obrajii mediali şi peste podul nasului. Femeile aflate la vârsta fertilă reprezintă 90% dintre persoanele afectate, iar prezentarea clinică include în general implicarea multisistem. **(e)** Erizipelul rămâne un diagnostic clinic. Biopsia cutanată este rareori necesară şi adesea inutilă.

178. **Răspunsul este d.** *(Centor et al, pp. 239-246.)* Pacientul are un **scor Centor modificat de 2** (antecedente de febră, adenopatie sensibilă, fără tuse, vârstă > 45 de ani). Criteriile **Centor,** văzute mai jos, sunt folosite pentru a prezice **faringita streptococică** şi dacă trebuie sau nu tratat pacientul cu antibiotice.

Criteriile Centor	**Puncte**
Prezența exsudatelor amigdalelor	+1
Adenopatie cervicală anterioară sensibilă	+1
Febră din istorie	+1
Absența tusei	+1
Vârsta <15 ani	+1
Vârsta > 45 de ani	- 1



Deoarece testul său rapid cu antigen a fost negativ, pacientul ar trebui să primească o **cultură a gâtului** şi să fie tratat numai dacă rezultatele sunt pozitive. În plus, el trebuie tratat simptomatic cu lichide, anestezice topice şi acetaminofen sau ibuprofen.

(a) Conform criteriilor Centor, pacientul nu trebuie să primească antibiotice. Valoarea predictivă negativă pentru este de aproximativ 80%. **(b)** Nu există nicio indicaţie că acest pacient are limfom, simptomele sale sunt prezente doar timp de 2 zile. **(c)** Observarea este inutilă la acest pacient. **(e)** Amantadina este utilizată în tratamentul gripei, care se manifestă de obicei cu febră mare, mialgii şi dureri de cap. Limfadenopatia cervicală este rară.

179. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp 975-977.)* Prezentarea pacientului este tipică pentru un **abces peritonsilar.** Semnele şi simptomele includ durere în gât, voce înăbuşită, trismus, masă fluctuantă, deviaţie a uvolei, odinofagie şi salivare. Mulţi dintre aceşti pacienţi au un istoric de tratament recent pentru faringitia streptococică. Abcesul este de obicei unilateral şi în polul superior al amigdalei. Permeabilitatea căilor respiratorii trebuie evaluată din cauza potenţialului de obstrucţie al unui abces. Tratamentul include fie **aspiraţia cu ac** , fie **incizia şi drenajul** abcesului, în plus faţă de **tratamentul cu antibiotice.** Unele studii demonstrează siguranţa şi rentabilitatea aspiraţiei cu ac peste incizie şi drenaj.

(b) Abcesul nu se va rezolva fără intervenţie. **(c)** Incizia şi drenajul abcesului pot fi efectuate în sala de operare în funcţie de dimensiunea şi gradul de compromis al căilor respiratorii. Cu toate acestea, acest lucru nu este necesar la pacientul descris. **(d)** Drenajul abcesului este cel mai important factor în tratarea acestor pacienţi. Antibioticele singure nu sunt suficiente. **(e)** O scanare CT poate ajuta la diagnosticarea unui abces peritonsilar la pacienţii cu trismus sever.

180. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp. 977-978.)* **Angina Ludwig** este o boală potenţial fatală, care poate evolua spre moarte în câteva ore. Este o **celulită progresivă** a **podelei gurii şi gâtului** care debutează în spaţiul submandibular. O cauză dentară, cum ar fi o extracţie, este prezentă în aproximativ 90% din cazuri. Cele mai frecvente simptome includ disfagie , dureri de gât şi umflături. Constatările fizice includ umflarea submandibulară bilaterală , umflarea limbii şi proeminenţa. Poate să apară un edem tensionat şi o indurație a gâtului, care este descrisă ca „gât de taur". Managementul implică asigurarea căilor respiratorii şi începerea imediată a terapiei cu antibiotice IV. Există o dezbatere dacă aceşti pacienţi ar trebui trataţi chirurgical cu incizie şi drenaj sau medical cu antibiotice.

(a) Mastoidita acută se prezintă de obicei cu umflarea mastoidei, febră şi dureri de urechi. **(b)** Abcesul periamigdalian prezintă de obicei o masă fluctuantă a palatului moale. **(d)** ANUG este o infecţie a gingiei. **(e)** Faringita este limitată la orofaringe şi nu ar trebui să implice ţesuturile gâtului.

181. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp 1928-1937.)* Acesta este un scenariu tipic pentru **osteomielita.** Radiografia convenţională în ziua accidentării este insensibilă la depistarea osteomielitei; chiar şi la 1 săptămână după diagnosticul cu raze X a leziunii este limitat. Cel mai frecvent agent patogen în osteomielita este *S aureus.* Cu toate acestea, *Pseudomonas* este responsabil pentru infecţiile osoase şi articulare în trei situaţii. În primul rând, o rană înţepată printr-un pantof. *Pseudomonas* nu creşte pe obiectul înţepat, ci mai degrabă este asociat cu pantoful în sine şi poate fi inoculat în os pe măsură ce obiectul ascuţit trece prin

pantoful colonizat în rană. În al doilea rând, dispozitivele protetice implantate pentru chirurgia ortopedică. Al treilea este consumul de droguri IV.

(a) *Neisseria gonorrhoeae* este cel mai frecvent organism care cauzează artrită septică la persoanele sub 30 de ani. **(b)** *Staphylococcus epidermidis* nu este un organism comun care cauzează osteomielita. **(c)** *Sporothrix schenckii* este agentul cauzator al sporotricozei sau „boala mânuitorului de trandafiri". **(e)** *Salmonella* este o cauză a osteomielitei la indivizii asplenici, cum ar fi cei cu drepanocită, cauzată de lipsa capacităţii lor de a evita organismele încapsulate. Cu toate acestea, cel mai frecvent organism cauzator la pacienţii cu celule falciforme este *S aureus.*

182. **Răspunsul este e.** *(Tintinalli, pp. 614-615.)* Pacientul are **gangrenă Fournier,** o fasciită necrozantă polimicrobiană a fasciei subcutanate perineale şi a organelor genitale masculine. Tratamentul este resuscitarea agresivă cu lichide, debridarea chirurgicală, antibiotice cu spectru larg şi, eventual, oxigenoterapie hiperbară. Aceşti pacienţi necesită internare în spital. Dacă nu sunt trataţi prompt, rata globală de mortalitate a acestor pacienţi este de aproximativ 20%.

(a şi b) Acestea sunt infecţii polimicrobiene şi antibioticele trebuie să acopere bacteriile gram-negative, gram-pozitive şi anaerobe. Aceşti pacienţi pot necesita debridare chirurgicală. Tratamentul cu antibiotice IV şi internarea în spital sunt recomandate deoarece aceşti pacienţi au o mortalitate relativ mare dacă nu sunt trataţi adecvat şi agresiv. **(c)** În timp ce aceşti pacienţi vor necesita medicamente pentru durere, se recomandă, de asemenea, hidratare cu lichide, antibiotice IV, debridare chirurgicală şi internare la spital. **(d)** Consultaţia urologică poate fi necesară atunci când un abces periuretral este evenimentul instigator sau când există implicarea tractului urinar şi este necesar drenajul urinar supravezical. Cu toate acestea, implicarea pe scară largă a fasciei şi a structurilor genitale face ca o incizie pe lângă pat şi drenajul să fie inadecvate. În plus, tratamentul este incomplet fără acoperire cu antibiotice.

183. **Răspunsul este c.** *(Tintinalli, pp 851,1494-1497.)* **Epiglotita** este o afecţiune inflamatorie care pune viaţa în pericol, de obicei infecţioasă, a epiglotei şi a pliurilor ariepiglotice şi periglotice. Deoarece majoritatea copiilor sunt imunizaţi împotriva *Haemophilus influenzae* de tip B (Hib), majoritatea cazurilor de epiglotita sunt acum observate la adulţi, cu o vârstă medie de 46 de ani. Semnele şi simptomele includ o perioadă prodromală de 1 până la 2 zile constând din simptome constituţionale , apoi pacientul prezintă febră mare, disfagie, odinofagie, salivare şi dispnee. Stridorul este în primul rând inspirator şi mai moale şi mai scăzut decât crupa. „Semnul amprentei" observat pe **radiografia laterală a colului uterin** demonstrează o epiglotă umflată care obliterează

valecula.

(a) Abcesul retrofaringian poate prezenta semne şi simptome similare cu epiglotita. Limfadenopatia cervicală este proeminentă, iar inflamaţia poate fi atât de gravă încât pacienţii dezvoltă un torticolis inflamator, determinând pacientul să rotească capul spre partea afectată. Radiografia ţesuturilor moi de col uterin poate demonstra umflarea prevertebrală în exces. Tratamentul este hidratare IV şi antibiotice, care ar trebui începută în sala de urgenţă, şi drenaj în sala de operare. **(b)** Abcesul periamigdalian s-ar prezenta cu amigdale eritematoase umflate şi deviaţie a uvulei. Este cel mai frecvent în timpul celei de-a doua şi a treia decenii de viaţă. Diagnosticul se face cu uşurinţă prin scanare CT sau ecografie, dar aspiraţia de material purulent este suficientă pentru diagnostic. Tratamentul este incizie şi drenaj sau aspiraţie cu ac, urmate de penicilină în doză mare sau clindamicină. **(d)** Faringita este o infecţie a faringelui şi a amigdalelor care apare la adulţi, dar are o incidenţă maximă la copiii cu vârsta cuprinsă între 4 şi 7 ani. Etiologia este cel mai adesea virală. *S. pyogenes* (grupa A, Ş - streptococul hemolitic) este cea mai frecventă cauză de faringită bacteriană (5%-15%) la adulţi. Pacienţii prezintă amigdale eritematoase, exsudate amigdale, ganglioni limfatici cervicali anteriori măriţi şi sensibili. **(e)** Laringotraheita, sau crupa, este observată în general la copiii cu vârsta cuprinsă între 6 luni şi 3 ani şi rar întâlnită după vârsta de 6 ani.

184. **Răspunsul este d.** *(Center for Disease Control, Treatment Guidelines 2006, Sexually Transmitted Diseases, pp. 58-63.)* Această pacientă are un abces tubo-ovarian (TOA), o complicaţie comună şi potenţial fatală a bolii inflamatorii pelvine (PID). În timp ce PID poate fi de obicei tratată cu antibiotice în ambulatoriu, Centrul pentru Controlul Bolilor (CDC) enumeră mai multe linii directoare pentru internarea în spital, inclusiv: (1) cazuri în care urgenţele chirurgicale (de exemplu, apendicita) nu pot fi excluse; (2) sarcina; (3) eşecul - terapiei în ambulatoriu; (4) incapacitatea de a tolera consumul oral; (5) boală gravă , inclusiv greaţă, vărsături sau febră mare; şi (6) TOA. Acest pacient are mai mulţi dintre aceşti factori şi, prin urmare, ar trebui să fie internat pentru un tratament ulterioar. Antibioticele IV sunt curative în 60% până la 80% din cazuri şi trebuie selectate pentru a acoperi N gonorrhoeae şi Chlamydia trachomatis, cei mai frecventi agenţi patogeni responsabili de BIP, precum şi bacteroides, cea mai frecventă cauză a TOA. În cazurile rezistente pot fi necesare drenaj chirurgical sau salpingectomie şi ooforectomie .

(a şi b) Ambele regimuri sunt adecvate pentru tratamentul ambulatoriu al BIP, dar acest pacient necesită antibiotice IV şi o internare pentru un management optim. **(c)** Ecografia este în concordanţă cu un TOA, nu cu un chist ovarian rupt şi necesită o monitorizare mai atentă şi antibiotice IV într-un cadru

de spitalizare. **(e)** Ş -hCG este negativă, practic excluzând o sarcină extrauterină.

185. Răspunsul este e. *(Rosen, pp 1149-1152.)* Simptomele **endocarditei** sunt nespecifice şi variază foarte mult, dar cele mai frecvente includ febră (85%) şi starea de rău (80%). La consumatorii de droguri IV, febra este prezentă în 98% din timp. Alte simptome includ slăbiciune, mialgii, dispnee, dureri în piept, tuse, dureri de cap şi anorexie. Semnele şi simptomele neurologice (de exemplu, confuzie, modificări de personalitate, scăderea nivelului de conştienţă şi deficite motorii focale) sunt observate la 30% până la 40% dintre pacienţi. Leziuni vasculare, inclusiv peteşii, hemoragii în aşchii, noduli sensibili la vârful degetelor (ganglioni Osler) şi plăci palmare nesensibile (leziuni Janeway) sunt observate la 35% dintre pacienţi. Splenomegalia, suflu cardiac nou şi hemoragii retiniene pot fi de asemenea detectate la examenul fizic. Factorii de risc pentru endocardita infecţioasă includ boala de inimă reumatică sau congenitală, boala valvulară degenerativă calcificată, valva cardiacă protetică, prolapsul valvei mitrale, antecedentele de consum de medicamente IV sau antecedentele de endocardită. Deşi orice valvă poate fi afectată, consumul de droguri IV este cea mai frecventă cauză a endocarditei pe partea dreaptă. Rata de recurenţă la aceşti pacienţi este de 41%, semnificativ mai mare decât rata de mai puţin de 20% la pacienţii care consumă droguri non-IV.

(a) Cunoscut şi sub denumirea de disfuncţie a nodului sinusal sau sindrom tahi-brady, sindromul sinusal bolnav rezultă din orice combinaţie de ritmuri cardiace rapide şi lente intermitente asociate cu bloc AV şi ritm de evacuare inadecvat. Diagnosticul se pune de obicei prin monitorizare Holter ambulatoriu. **(b)** Miocardita rezultă din afectarea inflamatorie a miocardului. Etiologia poate fi infecţioasă. Bacteriile şi enterovirusurile, în special virusul Coxsackie B şi adenovirusul, predomină ca agenţi cauzali. La nivel mondial, boala Chagas este cauza principală, în special în America de Sud. Adesea, miocardita se prezintă cu plângeri asemănătoare gripei, inclusiv febră, oboseală şi mialgii. Poate fi prezentă tahicardie disproporţionată cu temperatura sau cu tabloul clinic. Nu sunt de aşteptat leziuni de vasculită, leziuni Janeway şi hemoragii retiniene. **(c)** Pericardita este cauzată de inflamaţia sacului pericardic. Etiologia este largă, incluzând infecţii, traumatisme, boli metabolice (de exemplu, uremie), medicamente, boli autoimune sistemice şi cel mai adesea cauza este idiopatică. **(d)** Tamponarea cardiacă este un revărsat pericardic mare care restricţionează umplerea ventriculară şi, în cele din urmă, volumul vascular cerebral. Constatările clasice sunt hipotensiunea arterială, JVD şi zgomotele cardiace înfundate (triada Beck).

186. **Răspunsul este d.** *(Cook, 2007.)* Otita externă malignă sau necrozantă este o complicaţie a otitei externe care apare în principal la adulţii diabetici şi la persoanele debilitate şi imunodeprimate. Este asociată cu o rată ridicată a mortalităţii. Afecţiunea este mai bine descrisă ca o osteită a osului subiacent al canalului auditiv extern cauzată de *P aeruginosa.* Se distinge prin febră, dureri intense ale urechii, eritem, edem şi ţesut de granulaţie în canalul extern. Pot apărea, de asemenea, paralizii ale nervilor cranieni şi tris mus. Aceşti pacienţi necesită spitalizare şi tratament cu antibiotice antipseudomonale IV şi posibilă debridare chirurgicală. CT şi RMN sunt studii adecvate pentru a evalua osteomielita. Pacienţii necesită, de asemenea, consult ORL imediat.

(a) Pacienţii sunt de obicei diabetici, debili sau imunocompromişi . **(b)** Datorită morbidităţii şi mortalităţii sale ridicate, această afecţiune necesită un tratament intern. **(c)** Febra şi durerile de urechi sunt frecvente. **(e)** Deşi pierderea auzului este o posibilitate, cel mai frecvent nervul cranian implicat este nervul facial (nervul cranian VII).

187. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp 2123-2128.) Tratamentul recomandat pentru* **boala Lyme** precoce include **doxiciclina,** amoxicilina (pentru copiii mai mici de 8 ani sau pentru femeile însărcinate sau care alăptează) sau cefuroxima. Eritromicina şi azitromicina pot fi utilizate, dar sunt mai puţin eficiente. Aceleaşi medicamente pot fi utilizate pentru a doua etapă a bolii, dar cursul lor de terapie trebuie să fie mai lung.

(a) Acest pacient are boala Lyme, care este observată la sfârşitul primăverii şi începutul verii. Până la aproximativ o săptămână după o muşcătură de la o căpuşă infectată, pacienţii pot dezvolta o erupţie cutanată, eritem migrans (EM), la locul muşcăturii. Leziunea se caracterizează printr-o margine roşie aprinsă şi un limpezire centrală şi se extinde rapid spre exterior. EM este cea mai caracteristică manifestare clinică a bolii Lyme şi este recunoscută la 90% sau mai mult dintre pacienţi. Testarea serologică poate fi pozitivă la săptămâni după inoculare, dar o biopsie a erupţiei cutanate nu ar fi nici necesară, nici informativă. **(b)** Dacă se suspectează meningită , un LP este un aspect adecvat al analizei. În acest caz, totuşi, pacientul are un istoric clar şi o erupţie cutanată caracteristică pentru boala Lyme, fără semne meningeale sau semne neurologice focale. Un LP nu ar fi criticat. **(d)** Boala Lyme netratată poate progresa într-o a doua etapă, implicând anomalii neurologice şi cardiace, la 4 săptămâni după muşcătură. **(e)** Boala Lyme este în mare măsură un diagnostic clinic bazat pe anamneză şi pe examenul fizic, iar testele serologice trebuie utilizate în mod discriminatoriu pentru a confirma diagnosticul. Testele de anticorpi imunofluorescenţi seric sunt de obicei negative până la aproximativ 6 săptămâni, când imunoglobulina M

(IgM) atinge vârful şi indică o boală activă. Anticorpii IgG sunt detectaţi atunci când se prezintă artrita şi atinge vârful la 12 luni. Sifilisul poate determina titruri fals pozitive, dar diferitele prezentări clinice ar trebui să distingă bolile.

188. **Răspunsul este d.** *(Tintinalli, p. 1513.)* Pacientul are semne care sugerează eritem **multiform (EM),** o boală inflamatorie acută a pielii care variază de la o erupţie localizată (EM minor) la o boală severă multisistem (EM major) cu leziuni veziculoase extinse şi eroziune a membranelor mucoase, cunoscută sub numele de **sindrom Stevens-JohnS (JS).** Afectează toate grupele de vârstă cu cea mai mare incidenţă la bărbaţii cu vârsta cuprinsă între 20 şi 40 de ani. SJS are o morbiditate semnificativă şi o rată a mortalităţii de aproximativ 10%. Moartea este de obicei rezultatul infecţiei şi deshidratării. Ca şi în acest caz, trebuie internaţi pacienţii cu boală severă. Terapia constă în fluide IV, prednison oral, analgezice, antihistaminice, apă de gură şi îngrijire a pielii. Deşi nu poate fi găsit niciun factor cauzal în 50% din cazuri, factorii declanşatori cunoscuţi includ infecţia, în special *Mycoplasma* şi virusul herpes simplex, medicamentele, în special anticonvulsivantele şi antibioticele şi bolile maligne.

(a, b şi c) Din cauza morbidităţii şi mortalităţii ridicate, pacienţii cu EM, în special forma mai severă, SJS, ar trebui internaţi în spital. Este posibilă terapia ambulatorie a EM minor cu steroizi topici. Pacienţii cu boală extinsă, toxicitate sistemică sau implicare a membranei mucoase necesită spitalizare, în mod optim într-o unitate de terapie intensivă sau într-o unitate de arsuri.

(e) Acesta este un regim pentru varicela diseminată sau zoster - un virus herpes. Aceste leziuni sunt de natură veziculoasă şi devin de obicei cruste.

189. **Răspunsul este d.** *(Tintinalli, p 570.)* **Peritonisul bacterian spontan (SBP)** este cea mai frecventă complicaţie a ascitei cirotice şi trebuie suspectată la toţi pacienţii cu antecedente de ciroză care prezintă febră, dureri sau sensibilitate abdominală, agravare ascită sau encefalopatie. **Paracenteza** trebuie efectuată pentru a confirma diagnosticul. Lichidul ascitic trebuie testat pentru glucoză, proteine totale, lactat dehidrogenază (LDH), colorație Gram şi număr de leucocite. Rezultatele culturii sunt adesea negative; Randamentul rezultatelor culturii poate fi îmbunătăţit, totuşi, prin plasarea a 10 ml de lichid ascitic într-o sticlă de hemocultură. Numărul total de leucocite > 1000/ p L sau numărul de neutrofile > 250/ p L este un diagnostic pentru SBP [5] **Enterobacteriaceae** Gram-negative (de exemplu, *E coli, Klebsiella)* reprezintă 63% din toate cazurile. Tratamentul empiric pentru SBP suspectat include cefalosporine de a treia generaţie, acid clavulanic ticarcilină, piperacilină-tazobactam sau ampicilină-sulbactam.

(a, b, c şi e) Alte cauze ale SBP includ *S pneumoniae* şi *S viridans* (15%),

enterococii (6%-10%), anaerobii (1%).

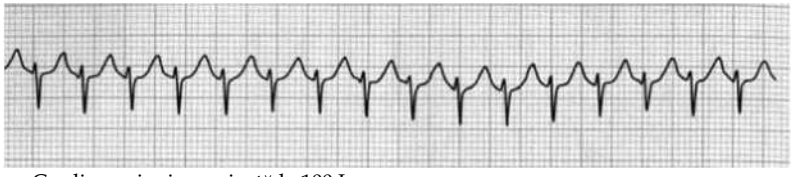
Șoc și resuscitare

Întrebări

190. O femeie de 79 de ani cu antecedente de boală coronariană care a suferit o intervenție chirurgicală de bypass coronarian (CABG) în 2000 este adusă la departamentul de urgență (ED) de către familia ei pentru 2 zile de agravare a dificultății respiratorii. În ultimele 2 zile, ea nu s-a ridicat din pat și este confuză. Nu are dureri în piept, febră sau tuse. Temperatura ei este de 98,1 ° F, tensiunea arterială (TA) este de 85/50 mm Hg, ritmul cardiac (HR) este de 125 bătăi pe minut și ritmul respirator (RR) este de 26 respirații pe minut. La examinare, ea nu poate urma comenzile și este orientată doar să numească. Examenul cardiovascular evidențiază tahicardie fără murmur . Plămânii ei au bubuituri bilateral la baze. Abdomenul este moale, nesensibil și nedistindet. Extremitățile inferioare au edem 2+ la genunchi bilateral. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Șoc hipovolemic
b. Soc neurogen
c. Șoc cardiogen
d. Șoc anafilactic
e. Soc septic

191. Un bărbat de 32 de ani, fără probleme medicale din trecut, se prezintă la urgență cu palpitații. În ultimele 2 zile s-a simțit slăbit și în ultimele 6 ore a observat că inima îi bate cu putere. Nu are dureri în piept sau dificultăți de respirație. El nu a mai simțit niciodată așa. Temperatura lui este de 98,9 ° F, TA este de 140/82 mm Hg, HR este de 180 de bătăi pe minut și RR este de 14 respirații pe minut. Examenul lui fizic este normal. Obțineți următoarea bandă de ritm. Care este tratamentul dumneavoastră de primă linie pentru acest pacient?



a. Cardioversie sincronizată la 100 J
b. Impingere intravenoasă (IV) de adenozină 6 mg
c. Adenozină 12 mg IV push
d. manevra Valsalva
e. Verapamil 3 mg IV push

192. Sunteți pasager la bordul unui avion și o femeie de 78 de ani se plânge de dureri în piept și dificultăți de respirație. Sunteți singurul profesionist medical disponibil și voluntar pentru a ajuta. Din fericire, aeronava este bine echipată cu echipamente medicale de bază, precum și cu medicamente avansate de suport al vieții auto diac (ACLS) și un monitor cardiac. La examinare , TA a pasagerului este de 75/40 mm Hg, FC este de 180 de bătăi pe minut și RR este de 24 de respirații pe minut. La examinare, pacientul este într-o suferință evidentă, dar este capabil să răspundă la întrebările de bază. Inima ei este tahicardică, obișnuită și fără murmur, frecări sau galopuri. Examenul fizic este remarcabil pentru un puls carotidian limitativ. Atașați monitorul cardiac și vedeți un ritm regulat la 180 de bătăi pe minut cu complexe QRS largi și fără unde P evidente. După ce i-ai cerut pilotului să facă o aterizare de urgență, ce faci în continuare?

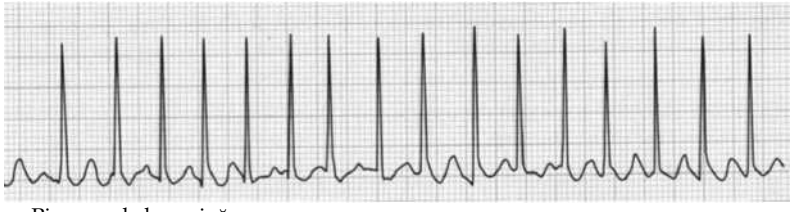
a. Amiodarona IV
b. Cardioversie sincronizată
c. Verapamil IV
d. Lidocaina IV
e. Procainamida IV

193. Un bărbat de 41 de ani este adus la urgență de către paramedici în arest diopulmonar auto. Un prieten afirmă că pacientul este un consumator de mult timp de heroină IV. Te uiți la monitor și vezi că pacientul are activitate electrică fără puls (PEA). Se efectuează resuscitare cardiopulmonară și pacientul este

intubat. Decizi să administrezi epinefrină pacientului, dar realizezi că nu are acces IV. Care dintre următoarele medicamente este **ineficient** atunci când este administrat printr-un tub endotraheal (ET)?

a. Atropină
b. Naloxonă
c. Lidocaina
d. Epinefrină
e. Bicarbonat de sodiu

194. Un bărbat de 75 de ani care se plânge de dureri în piept este adus la urgență de paramedici. Abia poate să-ți vorbească pentru că îi lipsește respirația. Asistenta îl atașează imediat de monitor, începe un IV și îi dă oxigen. Temperatura lui este de 98,9 ° F, TA este de 70/40 mm Hg, HR este de 140 de bătăi pe minut, RR este de 28 de respirații pe minut și saturația de oxigen este de 95% în aerul camerei. La examinare, el este într-o ușoară suferință. Inima lui este neregulată și tahicardică. Plămânii lui sunt limpezi până la auscultare, cu raze la baze, bilateral. O electrocardiogramă (ECG) este prezentată mai jos. Care este tratamentul dumneavoastră de primă linie pentru acest pacient?



a. Picurare de heparină
b. Diltiazem 10 mg IV push
c. Metoprolol 5 mg IV push
d. Digoxină 0,5 mg IV
e. Cardioversie sincronizată la 100 J

195. Un tânăr de 19 ani a fost lovit de un autovehicul în timp ce traversa strada. În UR, el este treaz, alert și orientat, dar se plânge de dureri severe la piciorul drept. Temperatura lui este de 98,9 ° F, TA este de 85/50 mm Hg, HR este de 125 de bătăi pe minut și RR este de 24 de respirații pe minut. Confirmați că căile respiratorii lui sunt vizibile, zgomotele respiratorii sunt egale bilateral, iar abdomenul lui este moale și lipsit de sensibilitate. Piciorul drept este mai scurt decât piciorul stâng, ușor angulat și umflat în zona anterioară a coapsei. Nu există nicio rană deschisă. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Șoc hipovolemic
b. Soc neurogen
c. Șoc cardiogen
d. Șoc anafilactic

e. Soc septic

196. Sunteţi chemat la patul unui pacient hipotensiv cu stare mentală alterată. Asistenta vă înmânează un ECG care arată flutter atrial la 150 de bătăi pe minut cu bloc arteriovenos (AV) 2:1. Simţiţi că pacientul este instabil şi alegeţi să efectuaţi cardioversie de urgenţă. Ataşaţi cablurile monitorului la pacient. Care este următorul pas critic în cardioversia electrică?

a. Setaţi nivelul adecvat de energie
b. Poziţionaţi plăcuţele conductoare sau paletele pe pacient
c. Încărcaţi defibrilatorul
d. Activaţi modul de sincronizare
e. Se administrează 25 p,g de fentanil IV

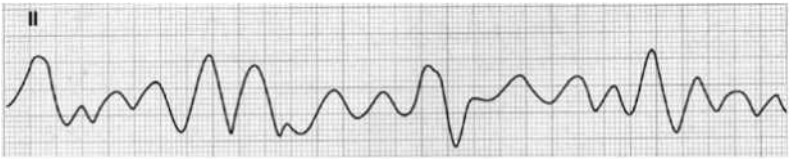
197. Paramedicii aduc un bărbat în vârstă de 54 de ani, care a fost găsit în apartamentul său de soţia sa. Este intubat cu succes pe teren, iar paramedicii - efectuează în prezent resuscitare cardiopulmonară (RCP). El este transferat într-o targă de urgenţă şi ataşat rapid de monitoare cardiace . Cereţi paramedicilor să efectueze RCP şi să evalueze pacientul şi banda de ritm. Monitorul arată bradicardie sinusală, dar niciun puls nu este palpabil . La examinare se apreciază sunete respiratorii bilaterale cu ventilaţie mecanică, un abdomen moale, fără erupţii cutanate şi o grefă AV de braţ stâng. Pe lângă RCP cu epinefrină şi atropină la fiecare 3 până la 5 minute, ce intervenţie trebuie efectuată în continuare?

a. Se administrează 1 fiolă de bicarbonat de sodiu
b. Se administrează 1 fiolă de gluconat de calciu
c. Administraţi 1 fiolă de D50 (dextroză)
d. Aşezaţi tubul toracic pe partea stângă
e. Efectuaţi pericardiocenteză

198. Un bărbat în vârstă de 85 de ani divaga incoerent şi nu mănâncă la azilul său de bătrâni. Înregistrările indică faptul că are antecedente medicale de hipertensiune , diabet, demenţă şi hipertrofie benignă de prostată. Temperatura lui este de 101 ° F rectal, TA este de 85/50 mm Hg, HR este de 125 de bătăi pe minut, RR este de 22 de respiraţii pe minut şi glicemia este de 154 mg/dL. Pare inconfortabil şi cahectic. Plămânii lui sunt limpezi până la auscultare, cu crăpături mici la baze, iar abdomenul său este moale, nesensibil şi nedistindet. Are un cateter Foley la locul lui care drenează urină tulbure, albă. Nu are edem periferic. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Şoc hipovolemic
b. Soc neurogen
c. Şoc cardiogen
d. Şoc anafilactic
e. Soc septic

199. Un bărbat în vârstă de 72 de ani se află la urgenţă pentru evaluarea slăbiciunii generalizate în ultimele 24 de ore. Are antecedente medicale de boală coronariană cu CABG efectuat în urmă cu 5 ani, diabet zaharat şi artrită. Asistenta plasează pacientul pe un monitor cardiac şi începe să-şi ia semnele vitale. În timp ce asistenta obţine semnele vitale, el observă că pacientul devine brusc fără răspuns. Ajungi lângă pat , te uiţi la monitor şi vezi următorul ritm. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?



a. Aşteptaţi 5 minute pentru a vedea dacă se trezeşte singur.
b. Defibrilaţi imediat la 200 J (bifazic).
c. Efectuaţi cardioversie sincronizată la 100 J.
d. Intubaţi imediat pacientul.
e. Introduceţi o linie IV şi administraţi amiodarona.

200. Pe măsură ce sosiţi pentru tura de urgenţă, sunteţi chemat să ajutaţi cu un pacient „codând". Residentul senior tocmai a intubat pacientul, iar asistentele au stabilit accesul IV şi au ataşat monitorul cardiac. Un student la tratament medical de urgenţă (EMT) efectuează compresii toracice. Îi ceri studentului EMT să oprească compresiile. Monitorul arată o linie plată fără activitate electrică. Nu puteţi detecta niciun impuls. Care este următorul pas în management?

a. Defibrilaţi la 360 J
b. Epinefrină 1 mg IV push
c. Atropină 1 mg IV push
d. Cereţi asistentei să ruleze o bandă de ritm într-un cablu suplimentar
e. Aplicaţi stimulatori transcutanaţi

201. O femeie de 34 de ani, fără probleme medicale cunoscute, ia o cină sushi cu soţul ei. La jumătatea mesei, începe să se scarpină pe braţe, iar soţul ei observă că faţa ei este îmbujorată. Mâncărimea se intensifică şi începe să simtă dureri în piept, dificultăţi de respiraţie şi ameţeli. La sosirea la urgenţă, abia poate vorbi. Temperatura ei este de 100 ° F, TA este de 85/50 mm Hg, HR este de 125 de bătăi pe minut şi RR este de 26 de respiraţii pe minut, iar saturaţia de oxigen este de 91% în aerul camerei. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Şoc hipovolemic
b. Soc neurogen
c. Şoc cardiogen
d. Şoc anafilactic
e. Soc septic

202. Un pacient în vârstă de 82 de ani se prezintă la urgență în șoc septic. TA este de 75/40 mm Hg, HR este de 117 bătăi pe minut, temperatura este de 96,5 ° F, RR este de 29 de respirații pe minut și saturația de oxigen este de 87% în aerul camerei. Pe măsură ce efectuați laringoscopia pentru intubarea pacientului, vizualizați cu ușurință corzile vocale și, ulterior, treceți tubul orotraheal prin corzile vocale. Așezați dispozitivul colorimetric de dioxid de carbon de sfârșit de maree peste tub și obțineți schimbarea corespunzătoare a culorii. Există sunete respiratorii bilaterale egale la auscultare și observați mișcarea peretelui toracic cu ventilație. Care dintre următoarele este cea mai fiabilă metodă pentru verificarea poziționării corecte a tubului ET?

a. Radiografie toracică
b. Vizualizarea tubului ET care trece prin corzile vocale
c. Observarea mișcării peretelui toracic cu ventilație
d. Auzind sunetele respiratorii bilaterale egale la auscultare
e. Schimbarea culorii dioxidului de carbon la sfârșitul mareei

203. Un bărbat de 82 de ani se prezintă la ED cu senzație de slăbiciune și amețeală. Are antecedente medicale de hipertensiune arterială și diabet și ambele sunt bine controlate cu hidroclorotiazidă, benazepril, atenolol și metformin. La examinarea sistemelor, el neagă durerea în piept, sângerarea gastro-intestinală (GI) și sincopa, dar afirmă că simte lipsă de aer. Temperatura lui este de 98,6 ° F pe cale orală, TA este de 86/60 mm Hg, HR este de 44 de bătăi pe minut, RR este de 18 respirații pe minut, saturația de oxigen este de 98% în aerul camerei și glucoza este de 116 mg/dL. Este conectat imediat la monitorul cardiac. Care dintre următoarele opțiuni descrie cel mai bine ECG-ul văzut mai jos?

a. Ritm sinusal normal
b. Bloc AV de gradul I
c. Bloc AV Mobitz I (Wenckebach) de gradul II
d. Bloc AV Mobitz II de gradul II
e. Bloc AV de gradul III

204. Un tânăr de 25 de ani a căzut de pe placa de surf și a aterizat pe stânci. A fost scos din apă de salvamari și adus la urgență în totală imobilizare cervicală și coloanei vertebrale. Este alert și orientat către persoană, loc și timp. El se plânge de slăbiciune la toate extremitățile sale. Temperatura lui este de 98,4 ° F, TA este de 85/50 mm Hg, HR este de 60 de bătăi pe minut, RR este de 20 de respirații pe minut și saturația de oxigen este de 98% în aerul camerei. La examinare, nu are

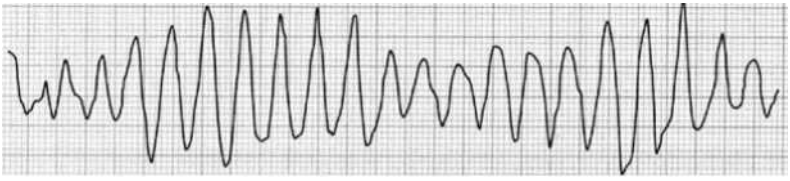
semne externe de răni la cap. Inima lui este bradicardică fără murmur. Plămânii sunt limpezi la auscultare, iar abdomenul este moale şi lipsit de sensibilitate. Are senzaţii periferice extrem de normale, dar fără forţă motrică la toate cele patru extremităţi. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Şoc hipovolemic
b. Soc neurogen
c. Şoc cardiogen
d. Şoc anafilactic
e. Soc septic

205. Un bărbat de 48 de ani este adus la urgenţă de paramedici pentru - slăbiciune generalizată. Istoricul său medical este semnificativ pentru un CABG luna trecută. El nu a putut să se ridice din pat în ultima zi din cauza ameţelii la schimbarea poziţiei. El neagă durerea în piept, dificultăţi de respiraţie sau syncope . Temperatura lui este de 98,9 ° F, TA este de 86/60 mm Hg, HR este de 44 de bătăi pe minut, RR este de 18 respiraţii pe minut şi saturaţia de oxigen este de 98% în aerul camerei. Există o incizie de sternotomie pe linia mediană care se vindecă bine. Examenul cardiac evidenţiază un suflu de ejecţie sistolic III/VI. Există zgomote minime la bazele lui pulmonare. Este imediat ataşat de monitorul cardiac. Banda lui de ritm este prezentată mai jos. Care este tratamentul dumneavoastră iniţial?

a. Observaţi pe monitor
b. Stimularea transcutanată
c. Stimularea transvenoasă
d. Atropină 0,5 mg IV
e. Epinefrină IV picurare la 2 p g/min

206. Aveţi grijă de o femeie de 54 de ani cu antecedente de schizofrenie şi boală coronariană, care se prezintă la urgenţă pentru durere în piept. Semnele ei vitale sunt în limite normale, iar ECG-ul ei este un ritm sinusal normal cu modificări nespecifice ale undei ST/T. Prima ei troponină este trimisă la laborator şi intenţionaţi să o internaţi la spital pentru o evaluare completă a sindromului coronarian acut (SCA). Ea primeşte aspirină şi nitroglicerină şi durerea în piept se rezolvă. Câteva minute mai târziu, asistenta vă avertizează că pacientul a devenit inconştient. Te duci lângă pat şi găseşti pacientul treaz şi alert. Revedeţi banda de ritm de mai jos. Care este următorul pas în management?



a. Observaţi pacientul
b. Sulfat de magneziu IV
c. Lidocaina IV
d. Stimulator cardiac transvenos
e. Izoproterenol IV

207. Un bărbat în vârstă de 48 de ani cu antecedente medicale de ciroză cauzată de hepatita C a vărsat sânge roşu aprins timp de 1 zi. La sosirea la urgenţă, pacientul este confuz şi nu poate oferi mai multe informaţii. Familia lui afirmă că a vărsat cantităţi mari de sânge roşu aprins la fiecare 4 ore şi nu are antecedente de sângerare gastrointestinală. Asistentele îl conectează la monitor şi pornesc două linii IV cu diametru mare. TA este de 75/43 mm Hg, HR este de 130 de bătăi pe minut, RR este de 24 de respiraţii pe minut, iar saturaţia de oxigen este de 98% în aerul camerei. Abdomenul lui este moale, fără mase. Examenul lui rectal dezvăluie sânge roşu aprins. Ce tip de lichid este cel mai critic în resuscitarea lui?

a. 7% clorură de sodiu
b. 0,9% clorură de sodiu
c. Tip şi sânge încrucişat
d. Sânge specific tipului
e. Tip O, sânge Rh pozitiv

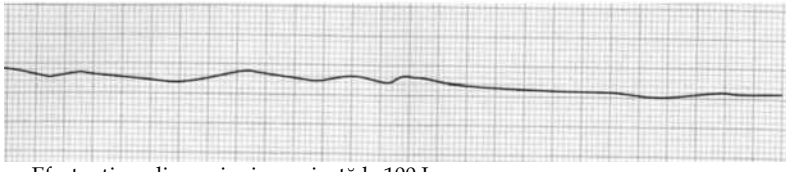
208. Un tânăr de 19 ani este adus la urgenţă de paramedici cu o plagă înjunghiată în abdomenul drept inferior. Medicii au aplicat un pansament de presiune şi au început o linie IV în drum spre spital. La sosire, pacientul nu are plângeri şi vrea să plece. Temperatura lui este de 98,4 ° F, TA este de 130/95 mm

Hg, HR este de 111 bătăi pe minut, RR este de 20 de respiraţii pe minut şi saturaţia de oxigen este de 98% în aerul camerei. Este alert şi orientat către - persoană, loc şi timp. Abdomenul lui este moale şi lipsit de sensibilitate, cu zgomote intestinale normale. Are o rană înjunghiată de 2 cm cu grăsime subcutanată vizibilă în cadranul său inferior drept (RLQ). Iniţiaţi examinarea sonogramă abdominală focalizată pentru traumă (FAST). Ce tip de lichid ar trebui să începeţi pentru resuscitarea lui iniţială?

a. 7% clorură de sodiu
b. 0,9% clorură de sodiu
c. 10% albumină
d. Tip şi sânge încrucişat
e. Sânge specific tipului

209. Sunteţi înştiinţat că serviciul medical de urgenţă (EMS) aduce un pacient care s-a prăbuşit în urmă cu 5 minute în casa sa şi a fost intubat la faţa locului de către paramedici. La sosirea la UR, confirmaţi plasarea ET şi continuaţi resuscitarea cardiopulmonară (CPR). Conectaţi pacientul la monitorul cardiac şi vedeţi ritmul de mai jos. Care dintre următoarele

lowing is the most appropriate next step in management?



a. Efectuaţi cardioversie sincronizată la 100 J.
b. Defibrilaţi imediat la 200 J.
c. Confirmaţi ritmul în două derivaţii, începeţi RCP, apoi defibrilaţi la 200 J.
d. Confirmaţi ritmul în două derivaţii, începeţi RCP, apoi administraţi amiodarona.
e. Confirmaţi ritmul în două derivaţii, începeţi RCP, apoi administraţi epinefrină şi atropină.

210. Un student în vârstă de 18 ani, fără antecedente medicale, se prezintă la urgenţă cu o erupţie cutanată difuză. Ea descrie, de asemenea, că a avut o durere de cap, febră şi artralgii timp de 3 zile. La examinare, temperatura ei este de 101,2 ° F, TA este de 120/63 mm Hg, HR este de 110 bătăi pe minut, RR este de 24 de respiraţii pe minut şi saturaţia de oxigen este de 98% în aerul camerei. Pacientul este alert şi orientat către persoană, loc şi timp. Are rigiditate nucală şi fotofobie . Din gingiile ei curg sânge. Abdomenul ei este moale şi lipsit de sensibilitate, iar pielea are o erupţie petehială difuză. Sunteţi îngrijorat de meningococemie şi începeţi imediat ceftriaxonă şi vancomicina. Rezultatele ei de laborator dezvăluie un număr de globule albe (WBC) de 13.400/ p L, hematocrit 36%, trombocite 80/

p L, PTT 60 secunde, raport normalizat internațional (INR) 1,9 și fibrinogen 250 g/L. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. heparină IV
b. Transfuzați crioprecipitatul
c. Transfuzie de celule roșii din sânge (RBC)
d. Transfuzați trombocite
e. Transfuzați plasmă proaspătă congelată (FFP)

211. Un bărbat de 82 de ani cu antecedente de BPOC și hipertensiune arterială prezintă dificultăți de respirație și febră. Medicamentele sale includ albuterol, ipratropiu, prednison, hidroclorotiazidă și atenolol. Temperatura lui este de 102,1 ° F, BP este de 70/40 mm Hg, HR este de 110 bătăi pe minut, RR este de 24 de respirații pe minut și saturația de oxigen este de 91% în aerul camerei. Pacientul este inconfortabil și mormăie incoerent. La examinarea toracelui , apreciezi râs pe partea stângă a pieptului lui. Inima lui este tahică , dar obișnuită, fără murmur, frecări sau galopuri. Abdomenul lui este moale și lipsit de sensibilitate. Credeți că acest pacient este în șoc septic din cauza pneumoniei și începeți fluide IV, antibiotice cu spectru larg și picurare de dopamină. TA rămâne la 75/50 mm Hg. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. D5 ser fiziologic normal IV bolus
b. Fenilefrină IV picurare
c. Fludrocortizon IV
d. Hidrocortizon IV
e. Epinefrină IV picurare

212. O femeie de 64 de ani cu antecedente de depresie și hipertensiune arterială a fost găsită de soțul ei și adusă de paramedici. Soțul ei spune că ea a fost recent deprimată și și-a exprimat gânduri de sinucidere. De obicei, ia fluoxetină pentru depresie și atenolol pentru hipertensiune arterială. La sosire, pacienta este obstrucționată, dar răspunde la durere și își menține căile respiratorii Temperatura ei este de 98,1 ° F, TA este de 70/40 mm Hg, HR este de 42 de bătăi pe minut, RR este de 12 respirații pe minut și saturația de oxigen este de 94% în aerul camerei. La examinare, pupilele ei au 3 mm și sunt reactive bilateral. Plămânii sunt limpezi la auscultare. Inima este bradicardică, dar regulată, fără murmur, frecări sau galopuri. Extremitățile nu au edem. Un ECG arată bloc AV de gradul I la 42 de bătăi pe minut, dar nu se modifică undea ST/T. Glicemia este de 112 mg/dL. Care este cel mai specific tratament pentru ingestia acestui pacient?

a. Bolus de lichid

b. Atropină
c. Glucagon
d. Epinefrină
e. Stimularea cardiacă

213. Un tânăr de 19 ani suferă o singură rană de armă în piept stâng şi este adus de prietenii săi. Se plânge de dureri în piept. La examen, temperatura lui este de 99 ° F, TA este de 70/40 mm Hg, HR este de 140 de bătăi pe minut, RR este de 16 respiraţii pe minut şi saturaţia de oxigen este de 96% în aerul camerei. Are venele gâtului destinse, dar traheea nu este deviată. Plămânii sunt limpezi la auscultare bilateral. Zgomotele inimii sunt greu de apreciat, dar simţiţi un puls constant, regulat. Abdomenul este moale şi lipsit de sensibilitate. Examinarea extremităţilor este normală. Sunt plasate două linii IV cu diametru mare şi pacientului i se administrează 2 L de soluţie salină normală. Radiografia toracică arată o silueta cardiacă globulară, dar un mediastin normal şi fără pneumotorax. Care este managementul definitiv al acestui pacient?
a. Intubaţia
b. Toracostomie tubulară
c. Pericardiocenteza
d. Toracotomie
e. Transfuzie de sânge

214. O femeie în vârstă de 84 de ani cu antecedente de cancer mamar metastatic se prezintă la urgenţă cu dispnee de debut şi intoleranţă la efort în ultima săptămână. Ea neagă febra, durerea în piept sau tusea. La examinare, temperatura ei este de 100,3 ° F, TA este de 70/50 mm Hg, HR este de 110 bătăi pe minut, RR este de 20 de respiraţii pe minut şi saturaţia de oxigen este de 93% în aerul camerei. În timp ce colegul tău efectuează un examen fizic, plasezi ultrasunetele portabile pe inimă şi vezi o zonă subţire, fără ecou în jurul inimii, cu colaps atriul drept şi ventriculul drept. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?
a. Embolie pulmonară
b. Insuficienţă cardiacă congestivă
c. Infarct miocardic masiv (IM)
d. Tamponadă cardiacă
e. Deshidratare

215. Un bărbat în vârstă de 50 de ani cu antecedente de hipertensiune arterială se prezintă la UR cu durere toracică severă în partea stângă timp de 1 oră. Durerea iradiază pe braţul stâng şi se simte greaţă. Temperatura lui este de 98,3 ° F, TA este de 160/92 mm Hg, HR este de 92 de bătăi pe minut, RR este de 16 respiraţii pe minut şi saturaţia de oxigen este de 98% în aerul camerei. Examenul

fizic este normal. ECG-ul său arată supradenivelări ale segmentului ST în derivaţiile II, III şi aVF. Administrezi aspirină, nitroglicerină şi sulfat de morfină şi aştepţi rezultatele lui de laborator. Asistenta te suna peste 10 minute mai tarziu si iti spune ca TA a pacientului a scazut la 60/30 mm Hg cu o HR de 100 batai pe minut. Care dintre următoarele explică cel mai probabil hipotensiunea lui?

a. Reacţii adverse legate de medicamente
b. Şoc cardiogen
c. Ruptura muşchiului papilar
d. Rupere liberă a peretelui
e. Ruptura septului interventricular

216. O femeie în vârstă de 87 de ani cu antecedente de demenţă, artrită şi hipertensiune arterială se prezintă la UR pentru dureri abdominale. Îngrijitorul ei raportează că are dureri epigastrice medii şi a avut un episod de vărsături fără sânge şi nebilioase înainte de sosire. Pacientul este orientat doar pentru nume. Temperatura este de 99,8 ° F, HR este de 110 bătăi pe minut, TA este de 80/44 mm Hg, RR este de 16 respiraţii pe minut şi saturaţia de oxigen este de 96% în aerul camerei. La examinare, abdomenul este moale, lipsit de sensibilitate, fără mase, rebound sau pază. Scaunul este maro şi guaiac negativ. Puneţi două linii IV şi începeţi resuscitarea cu lichid. Îi trimiteţi sângele la laborator şi comandaţi o radiografie a pieptului ei, care este prezentată mai jos. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Începeţi antibiotice IV

b. Comandați o scanare CT a abdomenului ei
c. Sunați la serviciul de chirurgie
d. Plasați o linie venoasă centrală
e. Eliberați-vă acasă cu Maalox

Şoc şi resuscitare

Răspunsuri

190. **Răspunsul este c.** *(Tintinalli, pp. 242-247.)* Acest pacient este în **şoc cardiogen** din cauza **scăderii debitului cardiac** care produce perfuzie tisulară inadecvată. Sprijinul pentru acest diagnostic include un pacient mai în vârstă cu antecedente de boală coronariană şi noi modificări ale stării mentale asociate cu semne de supraîncărcare de volum. Cauzele frecvente ale şocului cardiogen includ IM acut, embolia pulmonară, exacerbarea BPOC şi pneumonia. Acest pacient ar trebui să fie stabilizat cu presori IV, deoarece există deja congestie pulmonară evidentă la examinare. O analiză rapidă care include ECG, radiografie toracică (CXR), teste de laborator, ecocardiogramă şi monitorizare hemodinamică ar trebui să ajute la confirmarea etiologiei şi tratamentul specific direct al cauzei subiacente.

Şocul hipovolemic **(a)** apare atunci când există un volum inadecvat în sistemul circulator, rezultând o livrare slabă a oxigenului către ţesuturi. Şocul neurogenic **(b)** apare după o leziune acută a măduvei spinării, care perturbă inervaţia simpatică, ducând la hipotensiune arterială şi bradicardie. Şocul anafilactic (**d)** este o reacţie sistemică severă de hipersensibilitate care are ca rezultat hipotensiune arterială şi compromiterea căilor respiratorii. Şocul septic **(e)** este un sindrom clinic de hipoperfuzie şi disfuncţie multiorganică cauzată de infecţie.

191. **Răspunsul este d.** *(Tintinalli, pp. 185-187.)* Acest pacient are **tahicardie supraventriculară (SVT),** un complex îngust, tahicardie regulată . Este cauzată de o reintrare sau de un stimulator cardiac ectopic în zonele inimii deasupra mănunchiului His, de obicei atrii. Undele P regulate vor fi prezente, dar pot fi dificil de desluşit din cauza ratei foarte rapide. Pacientul în acest caz are semne vitale şi examinare normale şi, prin urmare, este stabil. Tratamentul de primă linie pentru un pacient cu SVT stabilă este **manevra vagală** pentru a **încetini conducerea şi a prelungi perioada refractară în nodul AV.** Manevra Valsalva poate fi realizată cerându-i pacientului să se sprijine ca şi cum ar avea o mişcare intestinală şi să menţină tensiunea timp de cel puţin 10 secunde. Alte manevre vagale includ masajul sinusului carotidian (după auscultarea pentru bătăi carotidiene) şi imersarea facială în apă rece.

Dacă manevrele vagale eşuează, următorul pas este adenozina, un medicament care blochează nodul AV cu acţiune foarte scurtă. Iniţial, adenozina 6 mg **(b)** este împinsă rapid prin IV într-un loc cât mai aproape de inimă. Pacienţii pot experimenta câteva secunde de disconfort, inclusiv durere în piept şi înroşire a feţei la primirea adenozinei. Dacă pacientul rămâne în SVT la 2 minute după ce a primit adenozină, se administrează o a doua doză de adenozină la 12 mg **(c)** . Dacă a doua doză de adenozină eşuează şi pacientul rămâne stabil, se pot administra blocante ale canalelor de calciu cu acţiune scurtă (de exemplu, verapamil), **(e)** blocante Ş sau digoxină. Dacă în orice moment pacientul este considerat instabil (hipotensiune arterială, edem pulmonar, durere toracică severă, stare mentală alterată sau alte preocupări care pun viaţa în pericol), - cardioversia sincronizată **(a)** trebuie efectuată imediat.

192. **Răspunsul este b.** *(Linii directoare ale Asociaţiei Americane de Inimă, 2005. Tinti nalli, pp. 189-191.)* **Tahicardia ventriculară (TV)** provine de la stimulatoare cardiace ventriculare ectopice şi este de obicei un ritm regulat cu o frecvenţă mai mare de 100 de bătăi pe minut şi complexe QRS largi. Tratamentul TV depinde în primul rând de stabilitatea sau nu a pacientului. Dovezile de alterare a stării mentale acute, hipotensiunea arterială, durerea toracică continuă sau alte semne de şoc sunt semne de instabilitate. Pacienţii instabili, cum ar fi pasagerul din acest avion, ar trebui să primească imediat o deviere **sincronizată a maşinii .** Este esenţial ca cardioverter să fie plasat în modul sincronizat, ceea ce permite căutarea unei unde R mare şi a unui şoc corespunzător în jurul incidenţei unei astfel de unde. Un şoc administrat în afara acestei constrângeri poate induce fibrilaţie ventriculară (FV).

Pacienţii stabili pot fi trataţi cu antidisritmice. Amiodarona **(a)** 150 mg IV timp de 10 minute este în prezent tratamentul de primă linie, aşa cum este recomandat de Asociaţia Americană a Inimii (AHA). Lidocaina **(d)** şi pro - cainamida **(e)** pot fi, de asemenea, administrate. Verapamil **(c)** nu trebuie utilizat în TV, deoarece poate accelera HR şi poate provoca hipotensiune arterială.

193. **Răspunsul este e.** *(Roberts and Hedges, pp. 486-493.)* **Administrarea endotraheală a medicamentelor** este indicată ori de câte ori este nevoie de intervenţie farmacologică urgentă în absenţa altor căi de acces, cum ar fi IV sau intraos. Există un număr limitat de medicamente de urgenţă care pot fi administrate în siguranţă şi eficient pe cale endotraheală. Acestea includ **naloxona, atropina, versed, epinefrina** şi **lidocaina.** Acest lucru este amintit de buricul mnemonic **.** Medicamentele specifice care s-au dovedit a fi nesigure includ bicarbonat de sodiu, izoproterenol şi bretiliu. Doza endotraheală a unui medicament ar trebui să fie cel puţin echivalentă cu calea IV şi este de obicei de

2 până la 2,5 ori mai mare decât doza administrată IV. Pacientul din scenariu ar trebui să primească epinefrină prin ET în timp ce accesul IV este stabilit.

194. **Răspunsul este e.** *(Tintinalli, pp. 184-185.)* Acest ECG arată fibrilaţie **atrială cu răspuns ventricular rapid (RVR).** În mod normal, o zonă a atriilor se depolarizează şi provoacă contracţia uniformă a atriilor. În fibrilaţia atrială, mai multe zone ale atriilor se depolarizează şi se contractă în mod continuu, ducând la multiple impulsuri atriale şi un răspuns ventricular neregulat. Fibrilaţia atrială reduce eficacitatea contracţiilor atriale şi poate duce la sau agrava insuficienţa cardiacă la pacienţii cu insuficienţă ventriculară stângă. Tratamentul fibrilaţiei atriale depinde de dacă pacientul este sau nu stabil sau nu. Acest pacient este **instabil clinic;** fibrilaţia atrială cu RVR l-a împins în insuficienţă cardiacă şi este hipotensiv şi tahipneic. Pacienţii instabili ca acesta ar trebui să fie supuşi **unei cardioversii sincronizate .** Cardioversia sincronizată se efectuează la 100 J şi apoi la 200 J dacă prima încercare eşuează.

Accentul managementului de urgenţă la pacienţii stabili cu fibrilaţie atrială cu RVR este controlul frecvenţei ventriculare. Diltiazem **(b)** sau verapamil sunt alegeri excelente pentru controlul ratei. Se poate utiliza şi metoprolol **(c)** sau digoxina **(d) , dar poate scădea TA.** Amintiţi-vă că pacienţii cu fibrilaţie atrială pentru mai mult de 48 de ore sunt expuşi riscului de trombi atriali. Dacă aceşti pacienţi sunt cardiovertiţi (electric sau chimic) au un risc de 1% până la 2% de embolism arterial. Deoarece este adesea dificil de determinat momentul debutului, pacienţii cu disfuncţionalitate arterială sunt, în general, cardiovertiţi numai dacă sunt instabili. Pacienţii stabili cu fibrilaţie atrială trebuie să fie anticoagulaţi cu o doză de încărcare de **(a)** heparină şi warfarină orală timp de cel puţin 1 lună înainte de cardioversia electivă.

195. **Răspunsul este a.** *(Tintinalli, pp 1722-1725.)* Acest pacient este în **şoc hipovolemic** secundar pierderii de sânge din cauza unei **fracturi femurale.** Şocul hipovolemic apare atunci când există un volum inadecvat în sistemul circulator, rezultând o livrare slabă a oxigenului către ţesuturi. Hemoragia, pierderile gastrointestinale, arsurile şi expunerile la mediu pot fi toate responsabile pentru şocul hipovolemic. În traumatisme, hemoragia este cea mai frecventă cauză a şocului hipovolemic. Acest pacient şi-a fracturat femurul, perturbând aportul vascular din apropiere, rezultând o colectare semnificativă de sânge în ţesutul moale.

Şocul hipovolemic al acestui pacient poate fi tratat cu înlocuire agresivă de lichide şi produse sanguine. Între timp, ar trebui efectuate controlul durerii şi radiografii ale şoldului, femurului şi genunchiului. Odată ce fractura femurului este confirmată, trebuie aplicată o atela de tracţiune Sager sau Hare şi consultaţi

ortopedicii. Alte zone de hemoragie care pun viaţa în pericol în traumatisme includ pieptul, abdomenul, retroperitoneul şi pelvisul. De asemenea, este important să reţineţi că pierderea semnificativă de sânge ar fi putut avea loc la faţa locului, în ciuda lipsei de sângerare activă evidentă în ED.

Şocul neurogen **(b)** apare după o leziune acută a măduvei spinării, care perturbă inervaţia simpatică, ducând la hipotensiune arterială şi bradicardie. Şocul cardiogen **(c)** este cauzat de scăderea debitului cardiac care produce o perfuzie tisulară inadecvată. Şocul anafilactic **(d)** este o reacţie de hipersensibilitate sistemică severă, care are ca rezultat hipotensiune arterială şi compromiterea căilor respiratorii. Şocul septic **(e)** este un sindrom clinic de hipoperfuzie şi disfuncţie multiorganică cauzată de infecţie.

196. **Răspunsul este d.** *(Chauhan, 2006.)* Cardioversia cu energie scăzută are mare succes în transformarea flutterului atrial în ritm sinusal. Amintiţi-vă, devierea maşinii este diferită de defibrilare. Cardioversia se efectuează la pacienţii cu activitate electrică cardiacă organizată cu puls, în timp ce defibrilarea se efectuează la pacienţii fără puls (FV şi FV fără puls). Pacienţii cu bătăi ale inimii care primesc energie electrică în timpul perioadei relative refractare a inimii sunt expuşi riscului de FV. Prin urmare, cardioversia este un şoc cronometrat conceput pentru a evita eliberarea unui şoc în timpul perioadei refractare relative a inimii . Prin activarea **modului de sincronizare,** aparatul va identifica undele R ale pacientului şi nu va furniza energie electrică în aceste perioade. Pasul cheie la cardiovertizare este activarea modului de sincronizare şi confirmarea prezenţei markerilor de sincronizare pe undele R înainte de a furniza energie electrică.

197. **Răspunsul este b.** *(Linii directoare ale Asociaţiei Americane de Inimă, 2005.)* Acest pacient are activitate electrică cardiacă (bradicardie sinusală), dar nu există pulsuri detectabile. Prin urmare, el se află într-o stare de **activitate electrică fără puls** (**PEA)** şi managementul ar trebui să fie dirijat de algoritmul AHA PEA. Pacienţii cu PEA trebuie trataţi cu RCP, epinefrină la fiecare 3 până la 5 minute şi atropină la fiecare 3 până la 5 minute (dacă rata PEA este mai mică de 60 pe minut), dar trebuie efectuată o căutare a etiologiei de bază cu intervenţii ţintite.

Etiologiile comune pentru PEA sunt prezentate în tabelul de pe pagina următoare împreună cu tratamentele lor specifice. Mulţi consideră că **H şi T** din tabel sunt o modalitate uşoară de a-şi aminti diferenţa. Fiecare etiologie ar trebui luată în considerare pentru fiecare pacient cu PEA şi cauzele care sunt mai probabil date a

Etiologii şi tratamente PEA

H-urile	Tx	T-uri	Tx
H ipovolemie	fluide IV	**T** oxine	Antidoturi
hipoxie	Ventilare	**T** amponada	Pericardiocenteza
ion de **hidrogen** (acidoza)	Sodiu bicarbonat	**T** ensiunea pneumotorax	Toracostomie
H ipokaliemie şi **Hiperkaliemie**	KCl, calciu	**tromboză** (coronar şi pulmonar)	Tromboliza
H ipoglicemie	Dextroză	**Trauma** (hipovolemie şi creşterea ICP)	fluide IV
H ipotermie	Încălzire		

istoricul pacientului şi fizicul trebuie tratat mai întâi. Acest pacient are o grefă AV care indică faptul că are antecedente de boală renală. Deoarece pacienţii cu boală renală în stadiu terminal sunt expuşi riscului de **hiperkaliemie** şi deoarece hiperkaliemia poate provoca PEA, trebuie administrat mai întâi **gluconat de calciu pentru a stabiliza** membranele cardiace.

Dacă pacientul nu se îmbunătăţeşte cu calciu, se poate administra bicarbonat de sodiu (**a**) pentru a trata acidoza metabolică şi se poate administra 50% dextroză (**c) pentru hipoglicemie suspectată.** Tamponarea cardiacă este o posibilă etiologie la un pacient cu boală renală, iar pericardiocenteza (**e**) poate fi încercată dacă pacientul nu se ameliorează cu tratamentele de mai sus. O - ecografie pe partea de pat poate fi, de asemenea, utilă pentru a căuta colaps ventricular drept sau alte semne de tamponare. Pneumotoraxul este o etiologie mai puţin probabilă la acest pacient. Se tratează cu un tub toracic **(d) .**

198. Răspunsul este e. *(Tintinalli, pp 231-237.)* **Şocul septic** este un sindrom clinic de **hipoperfuzie, hipotensiune arterială şi disfuncţie multiorganică cauzată de infecţie.** Acest pacient este în mod clar în şoc cu hipotensiune arterială, tahicardie, tahipnee şi modificări acute ale stării mentale. De asemenea, are febră şi puroi în urină, ceea ce face ca o infecţie urinară să fie sursa probabilă de infecţie. Are nevoie de hidratare imediată, antibiotice cu spectru larg, posibilă intubare, presori şi internare în secţia de terapie intensivă. Amintiţi-vă, pacienţii vârstnici cu afecţiuni comorbide, cum ar fi diabetul, sunt mai predispuşi la dezvoltarea sepsisului. În plus, pacienţii cu linii permanente, cum ar fi cateterele Foley, prezintă un risc şi mai mare de infecţie.

Şocul hipovolemic **(a)** apare atunci când există un volum inadecvat în

sistemul circulator, rezultând o livrare slabă a oxigenului către ţesuturi. Şocul neurogenic **(b)** apare după o leziune acută a măduvei spinării, care perturbă inervaţia simpatică, ducând la hipotensiune arterială şi bradicardie. Şocul cardiogenic **(c)** este cauzat de scăderea debitului cardiac care produce o perfuzie tisulară inadecvată. Şocul anafilactic **(d)** este o reacţie de hipersensibilitate sistemică severă, care are ca rezultat hipotensiune arterială şi compromiterea căilor respiratorii.

199. Răspunsul este b. *(Rosen, pp. 71-72.)* Ritmul este **VF.** Alături de TV fără puls, acestea sunt **ritmuri neperfuzante** care sunt tratate identic, deoarece se crede că sunt cauzate de aceleaşi mecanisme. Cu cât un „şoc" este administrat mai devreme în stopul cardiac, cu atât este mai probabil ca pacientul să revină la circulaţia spontană cu un ritm de perfuzie. Dacă există o întârziere până la defibrilare (> 4 minute), CPR trebuie administrată timp de 60 până la 90 de secunde înainte de defibrilare. Dacă după defibrilare (200 J bifazic sau 360 J monofazic) ritmul pacientului este încă FV sau TV fără puls, atunci trebuie începută ventilaţia asistată şi compresiile toracice. Trebuie efectuată intubaţia şi obţinut accesul IV pentru administrarea de epinefrină sau vasopresină. Dacă ritmul este neschimbat după administrarea terapiei vasopresoare, atunci se recomandă o altă încercare de defibrilare la 360 J (sau 200 J bifazic) cu administrarea ulterioară a unui antidisritmic (de exemplu, amiodarona). De remarcat, defibrilarea monofazică oferă o încărcare într-o singură direcţie. Defibrilarea bifazică furnizează o încărcare într-o direcţie pentru jumătate din şoc şi în direcţia opusă electric pentru a doua jumătate. Defibrilarea bifazică scade semnificativ energia necesară pentru o defibrilare reuşită şi scade riscul de afectare a miocardului.

(a) Nu există niciun rol pentru observarea cu VF. Revenirea cu succes a unui ritm de perfuzie este cel mai probabil să aibă ca rezultat o defibrilare imediată.

(c) Cardioversia sincronizată este energia furnizată pentru a se potrivi cu complexul QRS . Acest lucru reduce şansa ca un şoc să inducă FV. Sincronizarea este utilizată pentru a trata tahidiritmiile (de exemplu, fibrilaţia atrială rapidă) la pacienţii instabili hemoddinamic. Nu trebuie utilizat în FV sau TV fără puls.

(d) Cea mai benefică intervenţie pentru acest pacient este defibrilarea imediată . Dacă acest lucru nu reuşeşte, managementul căilor respiratorii (ABC) al pacientului va cere ca acesta să fie intubat. **(e)** Amiodarona, un antidisritmic, este utilizată la pacienţii cu FV sau TV fără puls după o defibrilare adecvată şi administrarea terapiei vasopresoare.

200. Răspunsul este d. *(Linii directoare ale Asociaţiei Americane a Inimii, 2005. Tinti nalli, p. 62.)* **Asistolia** este absenţa ritmului cardiac sau, mai mult, „linia plată". O cauză comună a asistolei este un cablu deconectat sau un echipament care

funcţionează defectuos , aşa că AHA recomandă confirmarea asistoliei prin **trecerea la un alt cablu .** ECG dacă echipamentul este uşor disponibil.

Defibrilarea **(a)** nu este niciodată recomandată pentru asistolă. Stimularea transcutanată **(e)** nu a reuşit să prezinte beneficii în mai multe studii randomizate controlate şi nu mai este recomandată în ghidurile AHA din 2005 pentru asistolă. Tratamentul adecvat pentru asistolă include RCP bună, cuplată cu epinefrină (**b**) la fiecare 3 până la 5 minute şi atropină (**c**) la fiecare 3 până la 5 minute. Se recomandă căutarea şi tratamentul posibilelor etiologii subiacente.

201. Răspunsul este d. *(Tintinalli, pp. 247-250.)* Acest pacient este în **şoc anafilactic** din cauza unei alergii alimentare în timp ce ia masa. Anafilaxia este o **reacţie sistemică severă de hipersensibilitate** care duce la şoc din cauza hipotensiunii arteriale şi compromisuri respiratorii. Diagnosticul se pune clinic Reacţia acestui pacient a început clasic cu simptome urticariene de prurit şi înroşire. Apoi a evoluat la şoc cu hipotensiune arterială şi edem respirator. Ea trebuie tratată imediat cu oxigen, epinefrină intramusculară sau IV , corticosteroizi, difenhidramină şi lichide IV. De asemenea, consumabilele ar trebui să fie pregătite pentru intubare şi cricotirotomie chirurgicală.

Şocul hipovolemic **(a)** apare atunci când există un volum inadecvat în sistemul circulator, rezultând o livrare slabă a oxigenului către ţesuturi. Şocul neurogenic (**b)** apare după o leziune acută a măduvei spinării, care perturbă - inervaţia simpatică, ducând la hipotensiune arterială şi bradicardie. Şocul cardiogen **(c)** este cauzat de scăderea debitului cardiac care produce o perfuzie tisulară inadecvată. Şocul septic **(e)** este un sindrom clinic de hipoperfuzie, hipotensiune arterială sau disfuncţie multiorganică cauzată de infecţie.

202. Răspunsul este b. *(Roberts and Hedges, pp. 78-80.)* Cea mai gravă complicaţie a intubării ET este intubaţia esofagiană nerecunoscută cu leziuni cerebrale hipoxice. Plasarea esofagiană nu este întotdeauna evidentă . Cea mai bună asigurare că tubul este plasat în trahee este să **-l vezi trecând prin corzile vocale.**

(a) Radiografia toracică poate induce în eroare şi este, în esenţă, utilă doar pentru a identifica intubaţia endobronşică (adică, intubaţia bronhiului principal drept tulpina). **(c)** Deşi peretele toracic ar trebui să se extindă cu presiune pozitivă şi să se relaxeze odată cu expirarea, acest lucru poate să nu apară la pacienţii cu volume curente mici sau bronhospasm sever. **(d)** Este posibil să auziţi sunete normale ale respiraţiei dacă doar linia mediană a toracelui este auscultată. **(e)** În situaţiile de stop cardiac, nivelurile scăzute de dioxid de carbon expirat sunt observate atât în stările cu debit foarte scăzut, cât şi în intubaţia esofagiană. În plus, modificările colorimetrice pot fi dificil de distins în situaţii de iluminare

redusă, iar secreţiile pot interfera cu schimbarea culorii.

203. **Răspunsul este e.** *(Tintinalli, pp. 193-194.)* Acest ECG arată **un bloc AV de gradul trei sau complet.** Reţineţi că nu există **nicio relaţie între undele P şi complexele QRS.** Undele P apar în mod regulat, dar din moment ce nu există conducere AV, ventriculii nu răspund la undele P. Un stimulator cardiac de evacuare cu o rată mai mică decât frecvenţa atrială conduce ventriculii, producând complexe QRS obişnuite, independente de undele P.

În schimb, ritmul sinusal normal **(a)** are o frecvenţă între 60 şi 100 de bătăi pe minut cu fiecare undă P urmată imediat de un complex QRS (conducţie 1:1). Blocul AV de gradul I **(b)** are un interval PR mai mare de 0,20 secunde. Fiecare undă P este încă urmată de un complex QRS (conducţie 1:1). Blocul AV Mobitz I (Wenckebach) de gradul II **(c)** apare atunci când există o întârziere progresivă a conducerii AV, manifestată printr-o creştere graduală a intervalului PR, urmată de o scădere a complexului QRS. Modelul se repetă apoi spontan. Blocul AV Mobitz II de gradul II **(d)** apare atunci când există o întârziere constantă a conducerii AV (interval PR prelungit), urmată de o scădere a complexului QRS. Este important să recunoaştem aceste disritmii distincte, deoarece etiologiile lor sunt diferite şi există diferenţe subtile de tratament.

204. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli, pp. 252-255.)* Acest pacient este în **şoc neurogen.** A suferit o leziune acută a coloanei cervicale după căderea pe pietre şi are **hipotensiune arterială** şi **bradicardie.** Fiziopatologia din spatele şocului neurogen este încă în curs de investigare, dar se crede că este cauzată parţial de **tracturile de ieşire simpatice întrerupte** şi **tonul vagal neopus.** Reţineţi că toate celelalte forme de şoc încearcă să compenseze hipotensiunea arterială cu tahicardie. Şocul neurogen nu are inervaţie simpatică ; prin urmare, rezultă bradicardie. Având în vedere că acesta este un pacient traumatizat, toate celelalte surse de hipotensiune trebuie excluse. El trebuie tratat cu imobilizarea coloanei cervicale şi fluide IV. Presoarele pot fi necesare dacă hipotensiunea nu răspunde la lichide sau supraîncărcarea lichidelor devine o preocupare.

Şocul hipovolemic **(a)** apare atunci când există un volum inadecvat în sistemul circulator, rezultând o livrare slabă a oxigenului către ţesuturi.

Şocul cardiogen **(c)** este cauzat de scăderea debitului cardiac care produce o perfuzie tisulară inadecvată. Şocul anafilactic **(d)** este o reacţie de hipersensibilitate sistemică severă, care are ca rezultat hipotensiune arterială şi compromiterea căilor respiratorii. Şocul septic **(e)** este un sindrom clinic de hipoperfuzie, hipotensiune arterială sau disfuncţie multiorganică cauzată de infecţie.

205. **Răspunsul este d.** *(Tintinalli, p. 194.) Atropina* este tratamentul inițial de elecție pentru pacienții cu bloc AV Mobitz I de gradul doi. Majoritatea pacienților răspund la atropină fără tratament suplimentar. Mobitz I este frecvent întâlnit cu infarct miocardic inferior acut, toxicitate la digoxină, miocardită și după o intervenție chirurgicală cardiacă.

Observarea singură (**a**) este adecvată pentru pacienții stabili. Cu toate acestea, acest pacient este hipotensiv și are nevoie de un management mai agresiv. Transcutanat (de exemplu, plăcuțele electrice sunt plasate extern, cel mai frecvent pe peretele toracic anterior) (**b**) sau transvenoasă (de exemplu, firele de stimulare sunt introduse în ventriculul drept [RV] printr-o venă centrală) stimularea (**c**) este un tratament adecvat și trebuie încercat dacă atropina nu are succes. În cele din urmă, dacă toate celelalte nu reușesc, se pot începe picurarea cu epinefrină (**e) sau dopamină.** Aceste tratamente trebuie aplicate judicios, deoarece HR crescută rezultată poate agrava pacienții cu ischemie activă ca etiologie pentru bradicardia lor. În plus, pacienții cu IM acut de perete inferior pot prezenta insuficiență ventriculă drept și pot fi hipotensivi din cauza preîncărcării scăzute, nu a cardiei brady. Fluidele IV ar fi terapia de elecție la pacienții cu IM inferior.

206. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli, pp. 189-191.)* Acest pacient a avut o serie de **torsade vârfurilor,** o TV atipică în care axa QRS oscilează de la pozitiv la negativ într-o singură derivație ECG. Această aritmie este frecvent întâlnită la pacienții cu boli cardiace semnificative care au un interval QT prelungit. Există multe cauze posibile ale QT prelungit; cu toate acestea, etiologiile comune includ medicamente (de exemplu, antidisritmice, psihotrope), anomalii ale electroliților și boli coronariene. Această pacientă era probabil pe o fenotiazină pentru schizofrenia ei care a dus la sindromul QT prelungit și un episod de torsada vârfurilor. S-a demonstrat că administrarea de **sulfat de magneziu** reduce cursele de torsade.

Observarea singură **(a)** nu este adecvată. Tratamentele TV convenționale, cum ar fi lidocaina **(c)** sunt adesea ineficiente. Procainamida poate prelungi și mai mult intervalul QT. Dacă magneziul nu are succes, următoarea strategie presupune creșterea frecvenței cardiace de la 90 la 120 de bătăi pe minut și, prin urmare, reducerea intervalului QT și prevenirea recurenței torsadei vârfurilor.

Creșterea FC se realizează cel mai bine prin plasarea unui stimulator cardiac transvenos (**d**); această tehnică este uneori numită pacing overdrive. În timpul necesar pentru plasarea stimulatorului cardiac transvenos, pacienții instabili pot fi tratați cu iso proterenol (**e**), un agonist al receptorului Ș -adrenergic pentru a crește din punct de vedere medical HR.

207. **Răspunsul este e.** *(Tintinalli, p. 229.)* Acest pacient are hipotensiune arterială semnificativă şi tahicardie cu modificări ale stării mentale şi are nevoie **de sânge de tip O, Rh-pozitiv** acum. Şocul său **hipovolemic** este cel mai probabil cauzat de o sângerare GI superioară puternică, secundară sângerării variceale. În timp ce sângele său este procesat în laborator, inclusiv tipul şi încrucişarea, hemoleucograma completă, panoul de chimie, testele funcţiei hepatice şi profilul de coagulare, trebuie plasată o sondă nazogastrică şi administrată octreotidă. De asemenea, trebuie consultat un gastroenterolog şi un chirurg. Sângele de tip O, Rh negativ este rezervat femeilor în anii fertil pentru a preveni potenţiala sensibilizare Rh.

Cristaloidul izotonic **(b)** , cum ar fi soluţia salină normală 0,9%, ar trebui să funcţioneze în prezent cu transfuzia eritrocitară ambalată, dar nu va înlocui - capacitatea de transport a oxigenului eritrocitar pierdut. Clorura de sodiu hipertonică **(a)** este puţin probabil să fie de ajutor în cazul unei sângerări gastro-intestinale acute. Nu există suficient timp pentru a aştepta sângele încrucişat **(c)** sau specific tipului **(d).**

208. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli, pp 228-231.)* **Cristaloizii,** cum ar fi **soluţia salină normală (0,9% clorură de sodiu)** sau **ringerii lactaţi** sunt fluidul de resuscitare preferat în Statele Unite. Pacientul este în prezent stabil; cu toate acestea, este tahicardic şi a suferit o leziune cu potenţial de morbiditate semnificativă. Examinarea FAST va ajuta la ilustrarea gradului de leziune a acestui pacient. Între timp, pacientul trebuie să fie început cu soluţie de cristaloid izotonică. În prezent, nu există dovezi convingătoare că oricare dintre soluţii - soluţie salină normală sau lactat Ringers - este superioară celeilalte.

Soluţia salină hipertonică **(a)** ajută la prevenirea deplasării lichidului extravascular observată cu cristaloizii izotonici, dar este limitată de volum din cauza riscului de hipernatremie . În plus, studiile clinice nu au arătat dovezi clare de îmbunătăţire a rezultatelor utilizând soluţie salină hipertonică. Soluţiile coloide **(c)** , cum ar fi soluţiile de albumină, FFP şi dextran au componente proteice mai mari şi, prin urmare, ar fi de aşteptat să rămână în spaţiul intravascular. Cu toate acestea, acesta este un beneficiu teoretic, deoarece numeroase studii nu au arătat rezultate îmbunătăţite folosind soluţii coloide. Sângele **(d şi e)** este cel mai bun lichid de resuscitare. Sângele cu potrivire încrucişată este preferat în detrimentul sângelui specific tipului, dacă este disponibil timp pentru efectuarea potrivirii încrucişate. În acest caz, pacientul are doar tahicardie minimă. El poate primi mai întâi cristaloid cu monitorizare continuă în timp ce procesul de diagnosticare continuă. Sângele este indicat după 2 până la 3 L de perfuzie cu cristaloid şi doar o ameliorare minimă a semnelor vitale sau când pacientul a suferit în mod evident pierderi semnificative de

sânge.

209. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp. 73-74.)* Ritmul este **asistolia.** Acest ritm reprezintă **încetarea completă a activităţii electrice miocardice.** Deşi asistolia poate apărea precoce în stopul cardiac din cauza bradicardiei progresive, în general reprezintă ritmul final după stop cardiac prelungit secundar FV sau PEA. Deoarece există potenţialul ca un ritm organizat sau FV să apară ca asistolă într-o singură derivaţie, asistolia trebuie întotdeauna **confirmată în cel puţin două derivaţii ale membrelor.** Poate fi dificil să distingem între FV extrem de fină şi asistolă. Tratamentul include RCP, intubare, acces IV şi administrarea de epinefrină sau vasopresină şi atropină.

(a) Cardioversia sincronizată este energia furnizată pentru a se potrivi cu complexul QRS. Acest lucru reduce şansa ca un şoc să inducă FV. Sincronizarea este utilizată pentru a trata tahidiritmiile (de exemplu, fibrilaţia atrială rapidă) la pacienţii instabili hemodinamic. Nu trebuie utilizat în asistolie. **(b şi c)** Defibrilarea imediată este utilizată în FV şi TV Deşi unii clinicieni şocează asistolia în cazul în care este de fapt FV fină, nu s-a demonstrat că aceasta îmbunătăţeşte rezultatul pacientului. Epinefrina şi atropina trebuie administrate mai întâi. **(d)** Amiodarona este un antidisritmic care este eficient numai dacă există un ritm (de exemplu, VT); asistolia este lipsa unui ritm.

210. **Răspunsul este e.** *(Tintinalli, pp 1327-1329, 1518.)* Acest pacient are semne de **coagulare intravasculară diseminată (DIC**) secundare meningococcemiei. Ea ar trebui să fie tratată cu **FFP** pentru timpi de coagulare mari (INR şi PTT) cu semne de sângerare activă (scurgerea gingiilor). FFP va furniza factori de coagulare pierduti şi va ajuta la controlul sângerării.

Studiile care implică terapia cu heparină **(a)** sunt neconcludente în ceea ce priveşte supravieţuirea crescută în DIC şi, prin urmare, pot fi ţinute până la o discuţie ulterioară cu consultanţii corespunzători. Crioprecipitatul **(b)** conţine factor VIII concentrat şi fibrinogen. Este util în DIC atunci când rinogenul fibrului este mai mic de 150 mg/dL. Trombocitele **(d)** trebuie transfuzate atunci când numărul este sub 20.000/ p l sau sub 50.000/ p l la pacienţii cu sângerare activă. RBC **(c)** pot fi transfuzaţi dacă anemia provoacă simptome.

211. **Răspunsul este d.** *(Tintinalli, pp 1315-1318.)* Acest pacient este în **şoc septic** din cauza pneumoniei şi are, de asemenea, **criză suprarenală.** Tratamentul iniţial cu lichide IV, antibiotice şi dopamină este adecvat. Hipotensiunea continuă la un pacient sub terapie cu steroizi de întreţinere ar trebui să vă facă să vă gândiţi la criza suprarenală. Glucocorticoizii exogeni suprimă eliberarea hipotalamică a hormonului de eliberare a corticotropinei (CRH) şi, ulterior, eliberarea pituitară

anterioară a hormonului adrenocorticotrop (ACTH). Ulterior, suprarenalele se atrofiază din cauza lipsei de stimulare. Pacientul se confruntă acum cu un stres acut din pneumonie şi sepsis. Suprenalele lui s-au atrofiat şi nu pot răspunde cu secreţie crescută de cortizol. Indicii de laborator pentru criza suprarenală includ hiponatremia şi hiperkaliemia cauzate de lipsa de aldosteron. Tratamentul crizei suprarenale în faţa şocului septic este **hidrocortizonul.**

Mineralocorticoizii, cum ar fi fludrocortizonul **(c)** , nu sunt necesari. Lichidele suplimentare **(a)** şi presorii **(b şi e)** sunt un tratament adecvat de îngrijire critică pentru sepsis şi trebuie administrat după glucocorticoizi.

212. **Răspunsul este c.** *(Tintinalli, pp 1036-1037, 1105-1108.)* Ingesţiile toxice - trebuie întotdeauna luate în considerare, în special la pacienţii care se suicidează. Pacientul ia în mod regulat atenolol pentru hipertensiune arterială şi poate fi supradozat cu această ocazie. **Ş -Toxicitatea blocantului** provoacă în mod clasic bradicardie şi hipotensiune . Antidoturile pentru toxicitatea blocantului Ş , cum ar fi **glucagonul,** trebuie administrate imediat acestui pacient. Se crede că glucagonul funcţionează printr-un receptor separat care nu este blocat de antagoniştii Ş -adrenergici , sporind în cele din urmă inotropia şi cronotropia. Alte medicamente care pot fi utile sunt inhibitorii de fosfodiesteraza, care blochează descompunerea cAMP şi menţin nivelurile intracelulare de calciu. Insulina în doze mari este un tratament experimental promiţător pentru toxicitatea blocantului Ş . În cele din urmă, pacientul poate avea nevoie de alte opţiuni de tratament, dar glucagonul ar trebui să fie terapia de primă linie.

Trebuie să administraţi un bolus IV de lichide **(a)** , puteţi încerca să administraţi atropină **(b)** şi să plasaţi pacientului stimulatori cardiaci externi **(e)** . Cu toate acestea, deoarece aceasta este o supradoză de blocant Ş , administrarea de glucagon ar trebui să trateze pacientul. **(d)** Epinefrina trebuie administrată dacă pacientul îşi pierde pulsul.

213. **Răspunsul este d.** *(Tintinalli, pp 1605-1607.)* Pacienţii cu traumatism penetrant la nivelul toracelui cu posibilă leziune cardiacă şi semne de instabilitate hemodinamică au nevoie de **toracotomie operativă imediată.** Acest pacient are semne de tamponare cardiacă, o colecţie de sânge care înconjoară inima şi interferează cu capacitatea inimii de a se contracta. Are triada Beck de hipotensiune arterială, vene de gât dilatate şi zgomote cardiace înfundate. CXR-ul său arată, de asemenea, o inimă mărită. O ecocardiogramă ar fi utilă în confirmarea diagnosticului, dar deoarece acest pacient este instabil şi ecocardiograma poate să nu fie uşor disponibilă, tratamentul este toracotomia imediată în sala de operaţie.

Deşi pericardiocenteza **(c)** poate ajuta la ameliorarea tamponadei, nu este

procedura optimă pentru tamponada traumatică. Pericardiocenteza poate fi dificilă atunci când cheagurile umplu pericardul şi, prin urmare, poate da rezultate fals negative. De asemenea, procedura poate răni inima şi poate întârzia tratamentul definitiv . Unii clinicieni efectuează toracostomie cu tub bilateral **(b)** înainte de toracotomie pentru a exclude un hemo- şi pneumotorax. Cu toate acestea, cu sunete respiratorii egale, trahee mediană şi fără semne de pneumotorax sau consolidare pe radiografie, tuburile toracice au un randament scăzut la acest pacient. Pacientul nu are detresă respiratorie. Intubaţia **(a)** trebuie efectuată în sala de operaţie pentru a preveni întârzierile suplimentare în îngrijirea chirurgicală definitivă. Lichidele IV şi transfuzia de sânge **(e)** măresc întoarcerea venoasă către inimă şi sunt măsuri excelente de susţinere înainte de toracotomia definitivă.

214. **Răspunsul este d.** *(Tintinalli, pp 383-385, 1876-1877.)* Această pacientă are **tamponada cardiacă** din cauza cancerului de sân metastatic. Ecografia la pat este adesea diagnostică. Zona fără ecou din jurul inimii este o **efuziune pericardică.** Este important să ne dăm seama că prezenţa sau absenţa efuziunii pericarale nu este un diagnostic de tamponare; **colapsul atrial** şi ventricular drept, pe de altă parte, sunt **semne ecografice mai specifice pentru tam ponade.** Constatările clinice trebuie întotdeauna luate în considerare la efectuarea diagnosticului . Pacienţii cu tamponadă au de obicei tahicardie, TA sistolică scăzută şi presiune îngustă a pulsului. Tamponada trebuie întotdeauna luată în considerare cu traumatisme la nivelul toracelui, precum şi la pacienţii cu malignitate metastatică, pericardită , uremie şi acei pacienţi cu anticoagulare.

(a) Embolia pulmonară ar trebui luată în considerare cu siguranţă în acest caz, deoarece pacientul prezintă un risc ridicat pentru diagnostic (adică, mobilitate limitată, malignitate). Rezultatele ecocardiografice la pacienţii cu embolie pulmonară includ mărirea ventriculului drept, hipokinezia peretelui liber, deplasarea septului spre stânga şi dovezi de hipertensiune pulmonară. Ecografia cardiacă de la patul acestui pacient evidenţiază lichid în jurul inimii cu colaps ventricular drept , care este mai în concordanţă cu revărsatul pericardic cu tamponada. Ecocardiograma în insuficienţa cardiacă congestivă **(b)** va arăta o scădere a contractilităţii sau a fracţiei de ejecţie. Ani de experienţă cu ultrasunetele sunt necesari pentru a interpreta corect şi fiabil fracţia de ejecţie. MI **(c)** va prezenta în mod obişnuit dovezi ale anomaliilor de mişcare a peretelui sau ale hipokinezei globale. Deshidratarea **(e)** va face inima hiperdinamică cu dimensiunea scăzută a atriului drept şi a ventriculilor din cauza preîncărcării scăzute.

215. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli, pp. 343-359.)* Acest pacient este în **şoc cardiogen** din cauza unui infarct ventricular drept. ECG arată supradenivelarea

segmentului ST în derivaţiile II, III şi aVF indicând că pacientul are un **IM pe peretele inferior.** Aproximativ 30% dintre IM inferioare implică **VD.** Un ECG pe partea dreaptă ar confirma diagnosticul. Infarctul VD are ca rezultat scăderea presiunii end-sistolice a ventriculului drept, ducând în cele din urmă la scăderea debitului cardiac. Pacienţii cu infarct VD sunt, prin urmare, dependenţi de preîncărcare pentru a menţine debitul cardiac. În acest caz, nitroglicerina, un puternic reducător de preîncărcare, a împins acest pacient în şoc cardiogen. Pacienţii cu infarct VD şi hipotensiune arterială trebuie trataţi cu soluţie salină IV normală pentru a sprijini preîncărcarea. Dobutamina poate fi, de asemenea, necesară pentru a susţine BP. Mai mult, acest pacient are un IM acut cu supradenivelare a segmentului ST şi poate fi un candidat pentru intervenţie coronariană percutanată sau fibrinolitice.

(a) Este imperativ să ne amintim relaţia dintre IM inferioară şi insuficienţa VD şi să nu reduceţi hipotensiunea după nitroglicerină şi morfină doar la efectele secundare ale medicamentelor. Ruptura muşchiului papilar **(c)** este, de asemenea, asociată cu IM peretelui inferior, dar apare la 3 până la 5 zile după infarctul primar. Pacienţii prezintă dispnee nou debut, intoleranţă la efort şi murmur nou la examinare. Ruptura peretelui liber **(d)** este o complicaţie gravă a IM, care apare la 1 până la 5 zile după evenimentul primar. Pacienţii se plâng de debut brusc de lacrimare, dureri toracice severe şi de obicei prezente în şoc cardiogen secundar tamponării cardiace. Ruptura septului interventricular **(e)** este mai frecventă la pacienţii cu infarcte recente ale peretelui anterior. Aceşti pacienţi prezintă dureri în piept, dificultăţi de respiraţie şi un nou suflu.

216. **Răspunsul este c.** *(Tintinalli, pp. 501-505.)* Durerea abdominală la vârstnici poate fi provocatoare din multe motive, inclusiv istoricul slab şi abaterea de la prezentările clasice ale bolilor. Cu toate acestea, durerile abdominale la pacienţii peste 65 de ani trebuie luate în serios, deoarece 25% până la 44% necesită intervenţie chirurgicală şi mai mult de 50% necesită internare în spital. Acest CXR dezvăluie **aer liber sub diafragma dreaptă,** probabil de la un vâscos perforat. Aceasta este o **urgenţă chirurgicală** şi trebuie contactat serviciul chirurgical.

Antibioticele **(a)** şi o linie venoasă centrală **(d)** sunt adecvate şi pot fi începute după ce echipa chirurgicală a fost anunţată. Este important să se obţină acces IV cu diametru mare pentru acest pacient. Dacă nu se obţin linii periferice, atunci trebuie introdusă o linie venoasă centrală. O scanare CT **(b)** nu este necesară la această pacientă, mai ales cu TA scăzută. Ar trebui dusă direct la sala de operaţie pentru o laparotomie exploratorie. Deşi pacienta are un examen abdominal benign, îngrijitorii raportează şi TA scăzută este îngrijorătoare şi trimiterea pacientului acasă **(e)** înainte de un examen complet ar fi o greşeală.

Intoxicatii si supradozaj

Întrebări

217. După ce a fost concediat de la serviciu, un bărbat de 35 de ani încearcă să se sinucidă bea dintr-o sticlă etichetată „insecticid". Trei ore mai târziu, serviciile medicale de urgenţă (EMS) îl aduc la departamentul de urgenţă (ED) şi observi că este extrem de diaforetic, saliva şi vărsă. Este treaz, dar confuz. Semnele sale vitale includ o tensiune arterială (TA) de 170/90 mm Hg, ritm cardiac (HR) de 100 bătăi pe minut, frecvenţă respiratorie (RR) de 22 respiraţii pe minut, temperatură de 98,6 ° F şi saturaţie de oxigen de 95% în aerul camerei. Examenul fizic demonstrează pupilele precise şi trosniturile la examinarea plămânilor. Care este tratamentul pentru a inversa intoxicaţia acestui pacient?

a. Naloxonă
b. *N* -acetilcisteină (NAC)
c. Atropină şi pralidoximă (2-PAM)
d. Flumazenil
e. Fizostigmină

218. Un tânăr de 19 ani este adus la urgenţă de EMS după ce a fost găsit întins pe podea la un club de dans. EMS afirmă că pacientul părea inconştient la clubul de dans, dar imediat ce l-au transferat pe targă a devenit combativ. La sosirea în ED, TA este de 120/65 mm Hg, HR este de 75 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,9 ° F, RR este de 12 respiraţii pe minut şi saturaţia de oxigen este de 98% în aerul camerei. La examenul fizic, pupilele lui sunt de talie medie, egale şi reactive la lumină. Pielea lui este caldă şi uscată. Examenul pulmonar, cardiac şi abdominal nu este remarcabil. În timp ce te îndepărtezi de lângă pat, auziţi alarma monitorului care semnalează zero respiraţii şi saturaţia de oxigen începe să scadă. Efectuaţi o frecare sternală şi pacientul se ridică în pat şi începe să ţipe la tine. Când îl părăsiţi pentru a doua oară, auziţi din nou alarma monitorului semnalând zero respiraţii. Îi administrezi naloxonă, dar starea lui nu se schimbă. Care dintre următoarele este cel mai probabil substanţa ingerată de acest pacient?

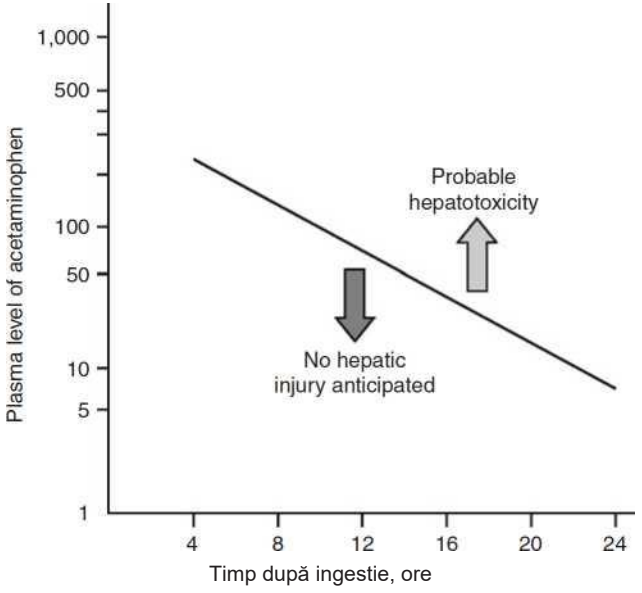
a. γ -Hidroxibutirat (GHB)
b. Diazepam
c. Cocaină
d. Fenciclidina (PCP)
e. Heroina

219. O femeie de 43 de ani se prezintă la UR cu antecedente de 3 săptămâni de cefalee intermitentă, greaţă şi oboseală. A fost văzută la cabinetul ei privat în urmă cu o săptămână împreună cu soţul şi copiii ei, care au şi ei simptome similare. Ei au fost diagnosticaţi cu un sindrom viral şi li s-a spus să-şi mărească aportul de lichide. Ea afirmă că simptomele au început aproximativ când a început să se răcească afară. Simptomele se agravează dimineaţa şi se ameliorează în timp ce ea este la serviciu. TA este de 123/75 mm Hg, HR este de 83 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,9 ° F şi saturaţia de oxigen este de 98% în aerul camerei. Examenul fizic nu este remarcabil. Bănuieşti că primul ei diagnostic a fost incorect. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit pentru a vă confirma suspiciunea?

a. Comandaţi un test mono spot
b. Efectuaţi un tampon nazal faringian pentru a testa gripa
c. Consultaţi psihiatria pentru a evalua falsificarea
d. Comandaţi un nivel de carboxihemoglobină (COHb).
e. Comandaţi un nivel de clienţi potenţiali

220. O tânără de 18 ani este adusă la urgenţă de mama ei. Pacientul este diaforetic şi vărsă. Mama ei afirmă că crede că fiica ei a încercat să se sinucidă. Pacientul recunoaşte că a ingerat câteva pumni de Tylenol extra-puternic în urmă cu aproximativ 3 ore. Temperatura ei este de 99,1 ° F, TA este de 105/70 mm Hg, HR este de 92 de bătăi pe minut, RR este de 17 respiraţii pe minut şi saturaţia de

oxigen este de 99% în aerul camerei. La examinare, capul şi gâtul ei sunt neremarcabile. Examenele cardiovasculare şi pulmonare sunt în limite normale. Ea este uşor sensibilă în cadranul ei superior drept, dar nu există nicio revenire sau pază. Zgomotele intestinale sunt normoactive. Este alertă şi orientată şi nu are deficite focale la examenul neurologic. Administrezi 50 g de cărbune activ. În acest moment, ea arată bine şi nu are plângeri. Concentraţia ei de acetaminofen seric de 4 ore (APAP) revine la 350 p g/mL. Trasaţi nivelul pe nomograma văzută mai jos. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?



(Reprodus, cu permisiunea, din Brunton LL et al. Goodman and Gilman's The Pharma cological Basis Therapeutics . *New York, NY: McGraw-Hill, 2006:694.)*

a. Eliberaţi acasă cu instrucţiuni de întoarcere dacă simptomele revin
b. Observati timp de 6 ore si daca pacienta inca nu are reclamatii externati-o acasa
c. Admiteţi la spital pentru examinări abdominale în serie
d. Admiteţi-vă la unitatea de psihiatrie şi urmăriţi sinuciderea în timp ce efectuaţi examinări abdominale în serie
e. Începeţi NAC şi internaţi la spital

221. Un bărbat de 47 de ani este adus la urgenţă de EMS după ce a fost găsit rătăcind pe stradă mormăind. TA este de 150/75 mm Hg, HR este de 110 bătăi pe minut, temperatura este de 100,5 ° F, RR este de 16 respiraţii pe minut, saturaţia de oxigen este de 99% în aerul camerei şi glicemia este de 98 mg/dL. La examinare , pacientul este confundat cu discursul mormăit. Pupilele lui sunt

dilatate şi faţa este îmbujorată. Membranele mucoase şi pielea lui sunt uscate. Care dintre următoarele sindroame toxice prezintă acest pacient?
a. Sindrom simpatomimetic
b. Sindromul anticolinergic
c. Sindromul colinergic
d. Sindromul opioid
e. Sindromul etanolic

222. Un tânăr de 25 de ani este transportat la urgenţă de doi dintre prietenii săi care declară că nu respiră. Pacientul are antecedente de abuz de heroină. Semnele sale vitale sunt TA 115/70 mm Hg, HR 99 bătăi pe minut, temperatura 98,9 ° F, RR 3 respiraţii pe minut şi saturaţie de oxigen 87% în aerul camerei. Observaţi urme proaspete de ace şi pupile miotice. Începi ventilaţia sac-valvă-mască şi saturaţia lui de oxigen creşte la 99%. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?
a. Continuaţi ventilaţia sac-valvă-mască până când respiră singur
b. Intubaţia endotraheală a pacientului
c. Administrarea de naloxonă
d. Administrarea flumazenilului
e. Se pune o sondă nazogastrică şi se administrează cărbune activat

223. Un bărbat în vârstă de 42 de ani care constrânge în mod activ este adus la urgenţă de EMS după o ingerare masivă a unei substanţe necunoscute. Se ştie că bărbatul are antecedente de sindrom de imunodeficienţă dobândită (SIDA). Se stabileşte o linie intravenoasă (IV) şi se administrează terapie anticonvulsivante. După doze mari de diazepam, fenobarbital şi fenitoină, se determină că crizele sunt refractare la terapia anticonvulsivante standard. Care dintre următoarele substanţe a ingerat acest pacient cel mai probabil?
a. Cocaină
b. Difenhidramină
c. Antidepresiv triciclic
d. Camfor
e. Izoniazidă (INH)

224. O femeie în vârstă de 60 de ani cu antecedente de diabet este adusă în UR de către lucrătorii EMS care afirmă că pacienta a fost găsită într-un autobuz într-o stare letargică şi diaforetică. Nivelul de glucoză la faţa locului era de 35 mg/dL. Lucrătorii EMS au administrat rapid dextroză printr-o linie IV. Pacienta a devenit alertă şi receptivă şi a rămas astfel pe tot parcursul călătoriei ei la urgenţă. Cu toate acestea, în UR observaţi că pacienta este din nou diaforetică şi îşi mormăie vorbirea. Glicemia ei este acum de 47 mg/dL. Îi administrezi dextroză şi ea se bucură imediat. Care dintre următoarele medicamente pentru diabet provoacă în mod obişnuit hipoglicemie pentru care pacientul este probabil să necesite

internare în spital?

a. Insulină obișnuită
b. Metformină
c. Gliburid
d. Rosiglitazonă
e. acarboză

225. O femeie de 23 de ani se prezintă la UR plângându-se de dureri abdominale, greață și vărsături. Are antecedente de depresie, dar nu ia în prezent medicamente antidepresive. La întrebări suplimentare, pacienta afirmă că a ingerat o sticlă de pastile în dulapul ei cu medicamente în urmă cu aproximativ 3 ore. TA este de 115/65 mm Hg, HR este de 101 bătăi pe minut, temperatura este de 100,1 ° F, RR este de 29 de respirații pe minut și saturația de oxigen este de 100% în aerul camerei. Examenul fizic nu este remarcabil, cu excepția sensibilității abdominale difuze ușoare. Rezultatele de laborator evidențiază un număr de globule albe (WBC) de 10.300/qL, hematocrit 46%, trombocite 275/qL, aspartat transaminaza (AST) 70 U/L, alanin transaminaza (ALT) 85 U/L, fosfatază alcalină 75 U/l, fosfatază alcalină 75 U/l, 3 potasiu Eq3. mEq/L, clorură 98 mEq/L, bicarbonat 8 mEq/L, azot ureic din sânge (BUN) 22 mg/dL, creatinina 0,9 mg/dL și glucoză 85 mg/dL. Valorile gazelor din sângele arterial la aerul camerei sunt pH 7,51, P_{CO_2} 11 mm Hg și P_{O_2} 134 mm Hg. Care dintre următoarele substanțe a ingerat acest pacient cel mai probabil?

a. Difenhidramină (Benadryl)
b. ibuprofen
c. Acetaminofen
d. Aspirină
e. Pseudoefedrina

226. *Un* bărbat agitat de 35 de ani se prezintă la urgență în custodia poliției. Neagă orice antecedente medicale și nu ia medicamente. El recunoaște că a folosit unele medicamente astăzi. TA este de 195/90 mm Hg, HR este de 121 de bătăi pe minut, temperatura este de 100,1 ° F, RR este de 18 respirații pe minut și saturația de oxigen este de 99% în aerul camerei. La examinare, este diaforetic și are pupile de 8 mm în diametru, împreună cu 3+ reflexe rotuliene bilateral. Electrocardiograma (ECG) dezvăluie tahicardie sinusală cu o rată de 123. Care dintre următoarele sindroame toxice prezintă acest pacient?

a. Anticolinergic
b. colinergic
c. Simpatomimetic
d. Opioid
e. Serotonina

227. O femeie de 31 de ani cu antecedente psihiatrice cunoscute se prezintă la urgență după ce a ingerat o cantitate necunoscută de pastile din flaconul cu medicamente. În ED, ea se plânge de greață, crampe abdominale și se simte instabilă în picioare. La examenul fizic observați că ea este tremurătoare, ataxică și prezintă distonie. Care dintre următoarele substanțe *nu vor* fi adsorbite de cărbunele activat?

a. Digoxină
b. Difenhidramină
c. Amitriptilina
d. Litiu
e. Acetaminofen

228. Un bărbat de 27 de ani se prezintă la urgență extrem de agitat plângându-se de dureri ușoare în piept și dispnee. El afirmă că a pufnit cocaină toată după-amiaza. Îl așezi pe un monitor și îi primești semnele vitale. TA este de 215/130 mm Hg, HR este de 112 bătăi pe minut, temperatura este de 100,1 ° F, RR este de 17 respirații pe minut și saturația de oxigen este de 98% în aerul camerei. Un ECG dezvăluie tahicardie sinusală cu o rată de 116. Care dintre următoarele este cel mai potrivit medicament de administrat?

a. Haloperidol
b. Labetalol
c. Esmolol
d. Diltiazem
e. Diazepam

229. *Un* bărbat de 30 de ani este adus la urgență de polițiști. Pacientul este agitat, vărsă și se plânge de dureri corporale. El afirmă că se retrage din medicație. Semnele sale vitale sunt TA 160/85 mm Hg, RR 20 respirații pe minut, HR 107 bătăi pe minut și temperatura 99,7 ° F La examinare, este diaforetic, are

rinoree, piloerecție și zgomote intestinale hiperactive. Din care dintre următoarele substanțe se retrage cel mai probabil acest pacient?

a. Etanol
b. Cocaină
c. Nicotină
d. Metadonă
e. Clonidina

230. Un tânăr de 25 de ani este adus la urgență de doi polițiști din cauza suspectării consumului de droguri. Pacientul este extrem de agitat și se luptă cu polițiștii. Este nevoie de trei membri ai personalului spitalului și de cei doi polițiști pentru a-l ține pe targă. Semnele sale vitale sunt: TA 150/80 mm Hg, HR 107 bătăi pe minut, temperatura 99,7 ° F, RR 18 respirații pe minut și saturație de oxigen 99% în aerul camerei. Examenul fizic nu este remarcabil, cu excepția pielii rece, diaforetică, a nistagmusului vertical și orizontal persistent și a smucirilor mioclonice ocazionale. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Intoxicație cu cocaină
b. Sevraj de cocaină
c. Intoxicație cu amfetamine
d. Intoxicație cu PCP
e. Sevraj de opiacee

231. Un bărbat nedomiciliat de 49 de ani se prezintă la Urgenţă cu stare psihică alterată. TA este de 149/75 mm Hg, HR este de 93 de bătăi pe minut, temperatura este de 97,5 ° F, RR este de 18 respiraţii pe minut şi saturaţia de O_2 este de 99% în aerul din cameră. Examenul fizic dezvăluie un bărbat neîngrijit, cu miros de „alcool" pe respiraţie. Capul său este atraumatic, iar pupilele au 4 mm, egale şi reactive. Gâtul este suplu. Examenele cardiovasculare, pulmonare şi abdominale sunt neremarcabile. Nu există edem la extremităţi, iar pulsurile lui sunt 2+ şi simetrice. Din punct de vedere neurologic, el retrage toate cele patru extremităţi la stimuli profundi. ECG este ritmul sinusal. Rezultatele de laborator dezvăluie:

Sodium 141 mEq/L
Potassium 3.5 mEq/L
Chloride 101 mEq/L
Bicarbonate 14 mEq/L
BUN 15 mg/dL
Creatinine 0.7 mg/dL
Glucose 89 mg/dL

pH-ul sângelui arterial 7,26
Lactat 1,7 mEq/L
Nivelul de etanol nedetectabil
Osmolaritatea serică măsurată 352 mOsm/L
Osmolaritatea serică calculată 292 mOsm/kg

Analize de urină: fără sânge, cetone sau proteine

Care dintre următoarele afirmaţii de mai jos descrie cel mai bine rezultatele de laborator?

a. Acidoză metabolică cu decalaj anionic şi decalaj osmol
b. Acidoză metabolică cu decalaj anionic fără decalaj osmol
c. Acidoză metabolică cu decalaj nonanionic şi decalaj osmol
d. Acidoză metabolică nonanion gap fără osmol gap
e. Alcaloză metabolică cu acidoză secundară

232. *O* femeie de 26 de ani, care a fost găsită întinsă pe podeaua apartamentului ei, lângă o sticlă goală de pastile, fără etichetă, este adusă la urgenţă. FC ei este de 117 bătăi pe minut, TA este de 95/65 mm Hg, RR este de 14 respiraţii pe minut şi saturaţia de oxigen este de 97% pe canula nazală de 2 L. La examinare , pacienta pare obstrucţionată, pupilele sunt de 3 mm şi reactive. Orofaringele ei este uscat şi nu există un reflex de gag la stimularea faringiană. Gâtul ei este suplu. Inima este tahicardică fără suflu, plămânii sunt limpezi la auscultare, iar abdomenul este moale. Există un ton rectal normal şi scaun maro care este hem negativ. Pielea ei este rece şi umedă, fără semne de urme de ac. Din punct de vedere neurologic, ea nu răspunde, dar îşi retrage toate extremităţile la palpare profundă. Glicemia înţepată cu degetul este de 85 mg/dL. ECG ei dezvăluie tahicardie sinusală la 119 cu un complex QRS de 120 msec şi o undă R terminală în derivaţia aVR. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Intubaţie orotraheală, se administrează cărbune activat prin tub orogastric şi Narcan IV
b. Intubaţie orotraheală, se administrează cărbune activat prin tub orogastric şi bicarbonat de sodiu IV
c. Intubaţie orotraheală, se administrează cărbune activat prin tub orogastric şi NAC IV
d. Intubaţie orotraheală, administraţi sirop de ipecac prin tub orogastric şi bicarbonat de sodiu IV
e. Induceţi vărsăturile înainte de intubare pentru a reduce riscul de aspiraţie, apoi administraţi IV bicarbonat de sodiu

233. O femeie de 37 de ani este adusă la urgenţă de către prietena ei, care afirmă că pacienta a înghiţit aproximativ 50 de capsule de acetaminofen de 325 mg în urmă cu 6 ore într-o tentativă de sinucidere. Pacienta afirmă că simte greaţă şi vărsături în timp ce îi iei istoricul. TA este de 100/75 mm Hg, HR este de 97 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,9 ° F, RR este de 18 respiraţii pe minut şi saturaţia de oxigen este de 99% în aerul din cameră. Examenul nu este marcabil, cu excepţia sensibilităţii epigastrice uşoare. Care dintre următoarele este antidotul corect pentru supradozajul APAP?

a. NAC
b. Fizostigmină
c. Flumazenil
d. Naloxonă
e. Digibind

234. Un bărbat de 31 de ani este adus la Urgenţe de către EMS care precizează că bărbatul a fost găsit întins pe podeaua garajului său. El este trezitor în UR, vorbeşte cu vorbire greşită şi vărsă. TA este de 140/85 mm Hg, HR este de 94 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,8 ° F, RR este de 17 respiraţii pe minut şi saturaţia de oxigen este de 99% în aerul camerei. Puneţi o linie IV, extrageţi sânge şi începeţi un litru de soluţie salină normală să treacă prin linie. Rezultatele de laborator evidenţiază sodiu seric 139 mEq/L, potasiu 3,5 mEq/L, clorură 101 mEq/L, bicarbonat 14 mEq/L, BUN 15 mg/dL, creatinina 1 mg/dL, glucoză 105 mg/dL, pH arterial, COH 7.242% şi lactat 7. mEq/L. Analiza de urină arată: proteină 1+, urme de cetone, WBC 4/hpf, globule roşii (RBC) 2 până la 3/hpf şi cristale multiple în formă de plic şi ac. Care dintre următoarele afecţiuni ar explica cel mai bine acidoza sa metabolică?

a. Intoxicatia cu monoxid de carbon (CO).
b. Intoxicatia cu etilenglicol
c. Cetoacidoza diabetica
d. Acidoza lactica
e. Intoxicaţie cu alcool izopropilic

235. Un bărbat de 35 de ani care este angajat ca operator de stivuitor a fost găsit stând în afara unui depozit. A ieşit poticnindu-se plângându-se de ameţeli şi dureri de cap. Colegii de serviciu dintr-un depozit alăturat s-au plâns şi de dureri de cap şi greaţă. După ce s-a prăbuşit afară, şi-a revenit imediat, dar a părut confuz. În ED, TA este de 100/54 mm Hg, HR este de 103 bătăi pe minut, temperatura este de 100 ° F şi RR este de 23 de respiraţii pe minut. Examenul fizic nu este remarcabil. Rezultatele de laborator evidenţiază leucocite 10.500/ pL , hematocrit 45%, trombocite 110/ pL , sodiu 137 mEq/L, potasiu 4 mEq/L, clorură 103 mEq/L, bicarbonat 21 mEq/L, BUN 8 mg/dL, creatina 8 mg/dL şi 5 mg/dL glucoză. mg/dL. Rezultatele gazelor $_{\text{din sângele}}$ arterial sunt pH 7,32, P $_{CO2}$ 32 mm Hg şi PO2 $_{124\ mm\ Hg}$. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Methemoglobinemie
b. Sincopa hipoglicemică
c. Intoxicatia cu hidrocarburi
d. Supradoza de opioide
e. intoxicaţie cu CO

236. Un bărbat de 51 de ani se prezintă la urgenţă plângându-se de greaţă şi dureri abdominale după ce a băut nişte „chestii amare". El este considerat unul

dintre „obișnuiții" care se află de obicei la triaj cu intoxicație cu etanol. Temperatura lui este de 97,9 ° F, TA este de 130/65 mm Hg, HR este de 90 de bătăi pe minut, RR este de 16 respirații pe minut și saturația de oxigen este de 97% în aerul camerei. Examenul fizic este neremarcabil, cu excepția vorbirii neclare și a mirosului de acetonă pe respirația pacientului. Rezultatele de laborator evidențiază sodiu seric 138 mEq/L, potasiu 3,5 mEq/L, clorură 105 mEq/L, bicarbonat 23 mEq/L, BUN 10 mg/dL, creatinina 1,7 mg/dL, glucoză 85 mg/dL, sânge arterial, pH 7,37 mEq/l. Analiza de urină arată cetone moderate. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Cetoacidoza diabetica (DKA)
b. Intoxicație cu etanol
c. Intoxicație cu metanol
d. Intoxicație cu alcool izopropilic
e. Intoxicație cu etilenglicol

237. Un bărbat în vârstă de 55 de ani se prezintă la urgență la 6 ore după ce a ingerat două sticle de aspirină pentru bebelușul său. Se plânge de greață, vărsături, amețeli și tinitus. Temperatura lui este de 100,3 ° F, TA este de 140/80 mm Hg, HR este de 105 bătăi pe minut, RR este de 31 de respirații pe minut și saturația de oxigen este de 99% în aerul camerei. Gazele din sângele ARTERIAL în aerul camerei dezvăluie un pH de 7,52, P_{CO2} 10 mm Hg și PO_2 129 mm Hg. Nivelul de salicilat din sânge revine la 45 mg/dL. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Se administrează cărbune activat, se începe hidratarea IV și se administrează bicarbonat de sodiu.
b. Se administrează cărbune activat, se începe hidratarea IV și se intubează pacientul pentru insuficiență respiratorie.
c. Se administrează cărbune activat, se începe hidratarea IV și se administrează NAC.
d. Aranjați hemodializă imediată.
e. Observați pacientul peste noapte pentru a permite organismului să metabolizeze salicilații.

238. Un bărbat de 40 de ani cu un istoric cunoscut de abuz de etanol declară că în urmă cu 2 ore a ingerat două sticle de Tylenol extra-puternic. Pacientul nu are plângeri medicale, cu excepţia unor greaţă. La 4 ore după ingestie trimiteţi sânge la laborator pentru a măsura concentraţia serică de acetaminofen. Nivelul revine şi scade deasupra liniei de tratament atunci când îl reprezentaţi pe nomograma APAP. Administraţi cărbune activat şi decideţi să începeţi NAC IV. Care dintre următoarele este un efect advers cunoscut al administrării IV NAC?

a. Insuficienţă hepatică
b. Reacţie anafilactoidă
c. Criza hipertensivă
d. Confuzie
e. Schimbarea culorii urinei

239. O tânără de 19 ani se prezintă la UR cu dureri abdominale, greaţă, vărsături, diaree şi hematemeză după ce a ingerat o substanţă necunoscută într-o tentativă de sinucidere. Care dintre următoarele antidoturi sunt împerecheate corect?

a. Organofosfat - Fizostigmină
b. Supradoza de fier - Deferoxamină
c. Supradozaj cu aspirină - NAC
d. Supradozaj cu benzodiazepine - Narcan
e. Supradozaj anticolinergic - Fomepizol

240. O femeie de 34 de ani se prezintă la urgenţă după ce a ingerat o cantitate necunoscută din pastilele ei antidepresive. Lucrătorii EMS au găsit o sticlă goală de amitriptilină pe podeaua apartamentului ei. Ea este trează, dar pare delirând. TA este de 130/65 mm Hg, HR este de 101 bătăi pe minut, temperatura este de 99,1 ° F, RR este de 16 respiraţii pe minut şi saturaţia de oxigen este de 100% în aerul camerei. La examinare, pupilele ei au 7 mm şi sunt reactive. Faţa ei este îmbujorată, iar mucoasele sunt uscate. Plămânii ei sunt limpezi şi inima fără murmur. Abdomenul este moale, nesensibil şi cu zgomote intestinale scăzute. Ea îşi mişcă toate cele patru extremităţi. ECG dezvăluie ritmul sinusal la o rată de 99 şi QRS puţin sub 100 msec. Într-o supradoză de antidepresiv triciclic (TCA), care dintre următoarele este responsabilă pentru midriaza, mucoasele uscate şi delir?

a. Blocarea canalelor de sodiu
b. Blocarea receptorilor muscarinici
c. Inhibarea recaptării serotoninei şi norepinefrinei
d. Blocarea receptorilor histaminici
e. a -Blocarea receptorilor

241. Primiţi o notificare de la EMS că aduc un bărbat de 17 ani care a fost găsit

inconștient de un ofițer de poliție. Polițistul de la fața locului afirmă că s-a furișat pe un grup de copii despre care credea că consumau droguri. Doi dintre ei au scăpat și unul a căzut la pământ la câteva secunde după ce s-a ridicat. Întinse pe pământ, lângă adolescentă, erau pungi de plastic. Tehnicianul medical de urgență precizează că pacienta era în fibrilație ventriculară. A fost șocat pe teren și acum este în ritm sinusal. EMT a administrat, de asemenea, IV dextroză, tiamină și naloxonă fără nicio modificare a stării mentale. Pe care dintre următoarele substanțe a abuzat pacientul cel mai probabil?

a. Butan
b. Etanol
c. Heroina
d. Cocaină
e. PCP

242. Un bărbat în vârstă de 61 de ani cu antecedente de depresie și hipertensiune arterială este adus la urgență de către EMS pentru starea psihică alterată. Soția pacientului afirmă că acesta a încetat să-și mai ia fluoxetină acum 1 lună și acum ia doar meto prolol pentru hipertensiune arterială. TA pacientului este de 75/40 mm Hg, HR este de 39 de bătăi pe minut, RR este de 14 respirații pe minut, saturația de oxigen este de 99% pe oxigen 100%, iar glucoza de la deget este de 81 mg/dL. Pacientul este treaz și geme , răspunzând doar la stimuli profundi. Suspectați o supradoză de metoprolol. Intubati endotraheal pacientul pentru controlul cailor respiratorii. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Sirop de ipecac, bolus salin normal, epinefrină
b. Cardioversie cu 200 J apoi se administrează epinefrină
c. Cardioversia cu 200 J apoi se administrează atropină
d. Bolus salin normal, atropină, epinefrină și cărbune activat
e. Bolus salin normal, atropină, glucagon și cărbune activat

243. O tanara de 22 de ani se prezinta la Urgenta cu ambulanta dintr-un club de dans. Paramedicii relateaza ca pacienta era agitata in club si avea o criza generalizata. TA este de 165/100 mm Hg, HR este de 119 bătăi pe minut, temperatura este de 100,9 ° F, RR este de 17 respiraţii pe minut, saturaţia de oxigen este de 98% în aerul camerei şi glicemia este de 92 mg/dL. La examinare, pacientul este hiperactiv şi pare să aibă halucinaţii. Pupilele ei sunt dilatate la 6 mm bilateral şi reactive. Gâtul ei este suplu. Examinarea inimii este neremarcabilă, cu excepţia tahicardiei. Plămânii ei sunt limpezi, iar abdomenul este moale şi lipsit de sensibilitate. Pacientul mişcă toate cele patru extremităţi. Rezultatele de laborator sunt următoarele:

Sodium 109 mEq/L
Potassium 3.5 mEq/L
Chloride 83 mEq/L
Bicarbonate 20 mEq/L
BUN 10 mg/dL
Creatinină 1 mg/dL
Glucoză 103 mg/dL

WBC 12,000/mm^3
Hct 49%
Platelets 350/p.L

Care dintre următoarele substanţe a consumat cel mai probabil acest pacient?

a. Cocaină
b. Heroina
c. 3,4-Metilendioximetanfetamina (MDMA)
d. Ketamina (speciala K)
e. PCP

244. Un tânăr adult asimptomatic a fost adus la urgenţă de un ofiţer de poliţie după ce casa lui a fost percheziţionată. Pacientul a înghiţit cinci pachete mici dintr-o substanţă necunoscută înainte de a fi arestat. TA este de 125/75 mm Hg, HR este de 85 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,7 ° F şi RR este de 16 respiraţii pe minut. Examenul fizic nu este remarcabil. O radiografie abdominală confirmă densităţile intraluminale ale intestinului subţire. Care dintre următoarele este cel mai potrivit tratament?

a. Citrat de magneziu
b. Lavaj gastric
c. Cărbune activat şi polietilen glicol
d. Sirop de ipecac
e. NAC

245. O femeie de 33 de ani se prezintă la urgenţă cu o entorsă dureroasă la gleznă. Are antecedente medicale de depresie pentru care ia fenelzină, un inhibitor de monoaminooxidază. După ce îi aşezi o folie elastică pe gleznă, ea îţi

cere să-i prescrii nişte medicamente pentru durere. Care dintre următoarele medicamente este contraindicată la pacienţii care iau un inhibitor de monoaminoxidază?

a. ibuprofen
b. Acetaminofen
c. Meperidină
d. Oxicodonă
e. Hidrocodonă

246. O femeie de 27 de ani se prezinta la urgenta la 6 ore dupa aparitia durerilor de corp, crampe abdominale si diaree. În prezent, vizitează rude şi locuieşte în mod normal într-un alt stat. Ea ia în mod regulat şase până la opt comprimate zilnic de hidrocodonă pentru durerile cronice de spate, sumatriptan pentru migrene şi amitriptilină şi paroxetină pentru bulimia nervoasă. TA este de 130/80 mm Hg, HR este de 100 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,6 ° F, RR este de 16 respiraţii pe minut şi saturaţia de oxigen este de 99% în aerul camerei. Examenul arată diaforeza, pupile dilatate şi piloerecţie. Din punct de vedere neurologic, ea mişcă toate cele patru extremităţi şi nu observi tremor. Este alertă şi cooperantă, dar pare neliniştită. Ea neagă halucinaţiile sau ideile suicidare. Ea devine foarte furioasă când îi ceri numerele de telefon ale medicilor ei obişnuiţi. Care dintre următoarele este cea mai probabilă explicaţie a simptomelor ei?

a. Supradozaj anticolinergic
b. intoxicaţie cu TCA
c. Retragerea etanolului
d. Sindromul serotoninergic
e. Sevraj de opiacee

Intoxicatii si supradozaj

Răspunsuri

217. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp 2187-2190.)* Pacientul a băut **insecticid,** care este compus în principal din **compuşi organofosfaţi** (de exemplu, Malathion). Aceşti compuşi **inhibă acetilcolinesteraza,** enzima responsabilă de descompunerea acetilcolinei. Pacientul are o „ criză colinergică". Suprastimularea receptorilor muscarinici şi nicotinici duce la simptomele acestuia, amintite în mod obişnuit de mnemonicii **SLUDGE** (**s** alivation, **l** acrimation, **u** rination, **defecation** , **g** astrointestinal [GI] upset, **e** mezis) sau **DUMBBELS** (**d** efecation, **u** rination, **myosis** , **b** ronhoshospasm , **bronhoshospasm** , **bronhospasm** , **mess** . **s** alivare). Tratamentul pentru toxicitatea organofosforică este **atropină** şi **pralidoximă (2-PAM).** Atropina este un anticolinergic, prin urmare inhibă competitiv excesul de acetilcolină. Pralidoxima lucrează pentru a regenera acetilcolinesteraza, prin urmare limitând şi cantitatea de acetilcolină disponibilă în sinapsele neuronale.

(a) Naloxona este utilizată pentru a inversa supradozele de opiacee (de exemplu, heroină). **(b)** NAC este utilizat în supradozele cu acetaminofen. **(d)** Flumazenil inversează benzodiazepinele (de exemplu, diazepam). **(e)** Fizostigmina este un inhibitor reversibil al colinesterazei. Efectul său este de a creşte acetilcolina în joncţiunile pre- şi postsinaptice. Acest lucru va agrava starea pacientului prin exacerbarea sindromului colinergic.

218. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp 2214-2215.)* **GHB** este un neurotransmiţător natural care induce somnul. GHB a fost vândut ca un constructor de muşchi (eliberarea hormonului de creştere), un ajutor pentru dietă şi un ajutor pentru somn. Pacienţii cu supradozaj cu GHB au, în general, un nivel scăzut de conştienţă. Spre deosebire de alte supradoze cu sedative/hipnotice, nivelul de conştienţă tinde să fluctueze rapid între agitaţie şi depresie. O trăsătură distinctivă a intoxicaţiei cu GHB este **depresia respiratorie cu apnee, întreruptă de perioade de agitaţie şi combativitate,** mai ales în urma încercărilor de intubare.

(b) Diazepamul, o benzodiazepină, deprimă, de asemenea, funcţia mentală şi respiratorie, dar de obicei pacienţii rămân calmi. **(c)** Cocaina este un stimulent care măreşte FC, TA şi de obicei provoacă dilatarea pupilelor. **(d)** Intoxicaţia cu PCP poate provoca un comportament bizar, letargie, agitaţie,

confuzie sau violenţă. Spre deosebire de GHB, acest medicament acţionează mai mult ca un stimulent decât ca un depresiv.

(e) Intoxicaţia cu heroină poate provoca depresie respiratorie. Pacienţii prezintă de obicei pupile miotice.

219. **Răspunsul este d.** *(Goldfrank şi colab., pp. 1478-1486.)* Cel mai util test de diagnostic care poate fi obţinut în cazul unei suspecte **de intoxicaţie cu CO** este **nivelul de COHb.** Nivelurile normale variază de la 0% la 5%, deoarece CO este un produs secundar natural al metabolismului porfirinelor. Nivelurile de COHb sunt în medie de 6% la fumătorii care fac un pachet pe zi. Otrăvirea cu CO ar trebui să fie suspectată atunci când mai mulţi pacienţi, de obicei din aceeaşi familie, prezintă simptome asemănătoare gripei şi au fost expuşi la produse de ardere (de exemplu, încălzitoare/generatoare). Acest lucru se întâmplă cel mai frecvent în lunile mai reci, de iarnă. Principalul tratament este livrarea de oxigen. Oxigenul hiperbaric este utilizat de obicei la pacienţii cu niveluri de COHb mai mari de 25%.

(a) Toxicitatea plumbului este în principal o boală a copiilor care rezultă din ingestia de vopsele pe bază de plumb. Adulţii pot fi expuşi la plumb într-o varietate de circumstanţe profesionale, cum ar fi sudori, sticlari şi lucrătorii fier vechi. Nu există o prezentare clasică a toxicităţii plumbului. Prin urmare, suspiciunea ridicată şi o istorie amănunţită sunt esenţiale. Diagnosticul este pus de un nivel ridicat de plumb din sângele total. **(b)** Otrăvirea cu CO este adesea confundată cu un sindrom viral. Pacienţii cu gripă se prezintă de obicei la UR cu febră mare. **(c)** Malingingarea este producerea intenţionată de simptome false sau exagerate, motivate de stimulente externe. **(e)** Puncţia lombară este utilizată pentru a diagnostica meningita, care se poate prezenta cu dureri de cap, greaţă şi oboseală.

220. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp 2069-2074.)* Acetaminofenul este unul dintre cele mai frecvent utilizate medicamente analgezice-antipiretice şi provoacă mai multe spitalizări după supradozaj decât de către orice alt agent farmaceutic. Riscul de hepatotoxicitate este stabilit cel mai bine prin reprezentarea grafică a concentraţiei de acetaminofen pe nomograma acetaminofenului. Concentraţia de acetaminofen trebuie măsurată între 4 şi 24 de ore după ingestie şi apoi trasată pe nomogramă . Pacienţii cu concentraţii de acetaminofen pe sau peste linia de tratament trebuie trataţi. Acest pacient are o concentraţie de acetaminofen seric timp de 4 ore de 350 pg /mL. Conform nomogramei, la 4 ore trebuie tratată orice concentraţie peste 200 p g/mL. Prin urmare, **pacientul trebuie început pe NAC** şi

internat la spital. În timpul internării, ea ar trebui să fie evaluată de un psihiatru cu privire la tentativa ei de sinucidere.

Pacientul prezintă risc de toxicitate pentru acetaminofen şi îndeplineşte criteriile pentru tratamentul cu NAC. Fără tratament cu NAC, ea este expusă riscului de a dezvolta insuficienţă hepatică şi poate deces. Pacientul se află în prima fază a unei intoxicaţii cu acetaminofen. Această fază durează de obicei 0,5 până la 24 de ore. Pacienţii sunt de obicei asimptomatici sau prezintă manifestări cum ar fi greaţă, vărsături, anorexie, stare de rău şi diaforeză.

221. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp 2064-2066.)* Termenul de **toxidrom** se referă la **o constelaţie de descoperiri fizice** care pot oferi indicii importante în cazul unei ingestii toxice. Acest lucru este util în special la pacienţii care nu pot oferi un istoric adecvat. Sindromul **anticolinergic** se prezintă în mod obişnuit cu delir, mormăi, tahicardie, temperatură ridicată, faţa înroşită, mucoase şi piele uscate, pupile dilatate şi zgomote intestinale hipoactive. Sindromul anticolinergic poate fi amintit prin sintagma „orb ca un liliac (midriaza), roşu ca sfecla (pielea înroşită), fierbinte ca iepurele (hipertermie secundară lipsei de transpiraţie), uscat ca un os (membrane mucoase uscate) şi nebun ca un pălărier (schimbări ale stării mentale)."

(a) Sindromul simpatomimetic este de obicei observat după ingestia de cocaină, amfetamine sau decongestionante. Se prezintă de obicei cu delir, paranoia, tahicardie, hipertensiune arterială, hiperpirexie, diaforeză, midriază, convulsii şi zgomote intestinale hiperactive. Sindroamele simpatomimetice şi anticolinergice sunt adesea greu de distins. Principala diferenţă este că simpatomimeticele cauzează de obicei diaforeza, în timp ce anticolinergicele provoacă pielea uscată. **(c)** Sindromul colinergic este în mod obişnuit amintit de mnemonicii SLUDGE sau DUMBBELS. **(d şi e)** Opioidele şi etanolul fac parte din sindromul sedativ-hipnotic. Se prezintă de obicei cu sedare, mioză, depresie respiratorie, hipotensiune arterială, bradicardie, hipotermie şi scăderea zgomotelor intestinale.

222. **Răspunsul este c.** *(Goldfrank şi colab., pp. 480-496.)* Pacientul se prezintă la UR cu sistem nervos central (SNC) şi depresie respiratorie şi pupile miotice. Împreună cu istoricul său de abuz de heroină şi urme proaspete de ace, aceasta este cel mai probabil o **supradoză de heroină.** Toxicitatea opioidelor este asociată cu toxidromul depresiei SNC, depresiei respiratorii şi miozei. Atenţia este întotdeauna îndreptată mai întâi asupra **managementului căilor respiratorii** în medicina de urgenţă. Prima acţiune pentru acest pacient este să furnizeze oxigen prin ventilaţie cu supapă-mască. Deoarece depresia sa respiratorie este cel mai probabil secundară supradozajului cu opioide, trebuie administrat un **antagonist**

opioid . **Naloxona** este antidotul cel mai frecvent utilizat pentru a inversa toxicitatea opioidelor. Scopul terapiei cu naloxonă nu este neapărat excitarea completă; mai degrabă, este de a restabili respiraţia spontană adecvată, încercând în acelaşi timp să se evite inducerea sevrajului acut de opioide.

(a) Teoretic, se poate continua ventilaţia sac-valvă-mască până când efectele heroinei dispar; cu toate acestea, acest lucru nu este practic. Dacă pacientul a supradozat cu un opioid cu acţiune prelungită, depresia respiratorie poate dura mai mult de 24 de ore. **(b)** Similar cu ventilaţia continuă pungă-valvă-mască, cauza depresiei respiratorii la acest pacient este reversibilă cu administrarea de naloxonă. Dacă există o întârziere a administrării naloxonei sau ventilaţia cu valvă-mască de pungă nu are succes, pacientul poate fi intubat. **(d)** Flumazenil este antidotul pentru supradozajul acut cu benzodiazepine. **(e)** Cărbunele activat nu trebuie administrat la pacienţii cu depresie a SNC care nu sunt intubaţi din cauza riscului de vomă şi aspiraţie.

223. **Răspunsul este e.** *(Goldfrank şi colab., pp. 656-660.)* O supradoză cu oricare dintre aceşti agenţi poate duce la convulsii. Cu toate acestea, **INH** este renumit pentru cauzarea de convulsii care sunt refractare la terapia standard. Pot fi prezente, de asemenea , acidoză marcată şi compromisuri respiratorii. Piridoxina (vitamina B_6) este tratamentul de elecţie pentru supradozajul cu INH. INH este utilizat pentru tratamentul tuberculozei, care este observată cu o incidenţă mai mare la pacienţii cu SIDA. Toate celelalte substanţe enumerate ca opţiuni de răspuns ar trebui să răspundă la terapia standard cu benzodiazepine.

224. **Răspunsul este c.** *(Goldfrank şi colab., pp. 593-603.)* **Gliburida** este o sulfoniluree prescrisă în mod obişnuit **.** Sulfonilureele sunt agenţi orali care stimulează celulele beta ale pancreasului să **producă insulină.** Multe dintre sulfoniluree au **durate de acţiune relativ lungi.** Gliburida poate acţiona până la 24 de ore după ingestie. Hipoglicemia secundară sulfonilureei **necesită, în general, internarea în spital** pentru a monitoriza **hipoglicemia recurentă.**

(a) Excesul de insulină este cea mai frecventă cauză a hipoglicemiei la pacienţii care se prezintă la ED. Adesea, hipoglicemia rezultă din supradozajul neintenţionat de insulină cu acţiune scurtă sau intermediară. După corectarea hipoglicemiei iniţiale, o masă şi observaţie sunt de obicei suficiente pentru ca pacienţii să fie externaţi . **(b)** Metforminul, o biguanidă, acţionează prin creşterea sensibilităţii periferice la insulină şi suprimarea gluconeogenezei. Metformina nu ar trebui să producă hipoglicemie. **(d)** Rosiglitazona, o tiazolidindionă, reduce, de asemenea, rezistenţa la insulină şi scade producţia endogene de glucoză. Rosiglitazona nu trebuie să producă hipoglicemie. **(e)** Acarboza este un inhibitor

de glucozidază care acționează pentru a reduce absorbția GI a carbohidraților. Nu provoacă hipoglicemie.

225. Răspunsul este d. *(Goldfrank et al, pp. 507-516.)* Cel mai probabil, pacientul a ingerat **aspirina.** Pacienții cu supradozaj acut de salicilat pot prezenta greață, vărsături, tinitus, febră, diaforeză și confuzie. Salicilații sunt capabili să producă mai multe tipuri de tulburări acido-bazice. Alcaloza respiratorie acută , fără hipoxie, este cauzată de stimularea cu salicilat a centrului respirator din trunchiul cerebral. Dacă pacientul este hipoxic, trebuie luat în considerare edem pulmonar noncardiogen indus de salicilat. În decurs de 12 până la 24 de ore după ingestie, starea acido-bazică la un pacient netratat se schimbă către o acidoză metabolică cu decalaj anionic din cauza interferenței cu ciclul Krebs, a decuplării fosforilării oxidative și a metabolismului crescut al acizilor grași. O **alcaloză respiratorie mixtă și o doză de acid metabolic** este de obicei observată la adulți.

(a) Difenhidramina este un decongestionant comun care are proprietăți antihistaminice și anticolinergice. Supradozajele se pot prezenta ca un toxidrom anti-colinergic, incluzând starea psihică alterată, midriaza, pielea înroșită, hipertermia și membranele mucoase uscate. Proprietățile antihistaminice pot provoca sedare. **(b)** Supradozajul cu ibuprofen include simptome gastrointestinale (greață, vărsături și dureri epigastrice) și depresie ușoară a SNC.

(c) Supradozajul APAP nu are de obicei semne sau simptome clinice în primele 24 de ore. Pacienții pot avea plângeri GI nespecifice. **(e)** Pseudoefedrina este un decongestionant frecvent utilizat. O supradoză poate prezenta stimulare a SNC, hipertensiune arterială, tahicardie și aritmii.

226. Răspunsul este c. *(Rosen, pp 2064-2066.)* Sindromul **simpatomimetic este de obicei** observat după abuzul acut de cocaină, amfetamine sau decongestionante . Pacienții sunt de obicei **hipertensivi** și **tahicardici** și prezintă **pupile midriatice.** În supradozele masive, colapsul cardiovascular poate duce la șoc și aritmii complexe. Efectele SNC includ convulsii. Sindromul simpatomimetic este uneori dificil de distins de sindromul anticoliner gic. Diferența este că pacienții prezintă de obicei mucoase uscate cu un supradozaj anticolinergic, în timp ce pacienții sunt diaforetici cu simpatomimetice.

(a) Sindromul anticolinergic se prezintă în mod obișnuit cu delir, vorbire mumbling, tahicardie, temperatură ridicată, fața înroșită, membrane mucoase și piele uscate, pupile dilatate și zgomote intestinale hipoactive. **(b)** Sindromul colinergic este în mod obișnuit amintit de mnemonicii SLUDGE sau DUMBBELS. **(d)** Opioidele fac parte din sindromul sedativ-hipnotic. Se prezintă de obicei cu sedare, mioză, depresie respiratorie, hipotensiune arterială, bradicardie,

hipotermie şi scăderea zgomotelor intestinale. **(e) Sindromul** serotoninergic se caracterizează prin stare mentală alterată, febră, agitaţie, tremor, mioclonie, hiperreflexie, ataxie, diaforeză, frisoane şi uneori diaree. Este dificil de diferenţiat de supradoza de cocaină, iar diagnosticul se bazează pe istoricul medicaţiei

227. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp 2066-2067.)* O schimbare majoră a avut loc în abordarea decontaminării GI în ultimul deceniu. Recomandările anterioare au indicat că stomacul trebuie golit fie prin sirop de ipecac, fie prin lavaj gastric. Numai cărbunele activat a demonstrat rezultate similare sau superioare şi acum este decontaminantul GI recomandat. Complicaţiile procedurilor de golire gastrică, în primul rând aspiraţia, sunt în mare măsură evitate atunci când se foloseşte numai cărbune activ. Cele mai multe medicamente şi substanţe chimice ingerate sunt adsorbite pe cărbunele activat. Puţinii agenţi care nu se adsorbă pe cărbune includ **ioni** (de exemplu, acizi minerali şi alcalii, litiu, boraţi, bromuri), **hidrocarburi (HC), metale** (de exemplu, fier) şi **etanol.**

Pacienta în cauză a ingerat **litiu** care este folosit pentru a-şi trata tulburarea bipolară. Un nivel de litiu ar trebui trasat şi managementul decis pe baza acestor rezultate. Tratamentele potenţiale includ irigarea întregului intestin şi dializa. Substanţele din celelalte variante de răspuns sunt absorbite de cărbunele activat.

228. **Răspunsul este e.** *(Goldfrank şi colab., pp 1004-1014. Rosen, pp 2119 2124.)* **Benzodiazepinele (de exemplu, diazepam)** ar trebui utilizate ca agent de primă linie pentru aproape toate toxicităţile cocainei. Se crede că multe efecte ale cocainei sunt mediate prin stimularea SNC prin eliberarea sau inhibarea reluării catecolaminelor. Efectele pe care intoxicaţia acută cu cocaină le are asupra inimii includ vasoconstricţia coronariană cu creşterea cererii miocardice de oxigen. Scopul scăderii TA la acest pacient este de a inversa vasoconstricţia de către norepinefrină la nivelul receptorilor adrenergici periferici . Benzodiazepinele restabilesc tonusul inhibitor al SNC asupra sistemului nervos periferic. Utilizarea antagoniştilor Ş -adrenergici trebuie evitată cu cocaină din cauza hipertensiunii paradoxale şi a vasoconstricţiei arterelor coronare din cauza stimulării fără opoziţie a receptorilor adrenergici.

(a) Deşi haloperidolul poate fi utilizat pentru sedare, efectele sale anticolinergice pot limita răcirea prin împiedicarea diaforezei şi pot creşte morbiditatea (**b şi c**) Cel mai bine este să evitaţi antagoniştii Ş -adrenergici în cazul intoxicaţiei cu cocaină. Utilizarea lor conduce la o stimulare adrenergică neopozitivă care are ca rezultat vasoconstricţie şi hipertensiune arterială. Deşi labetalolul este un blocant al receptorilor adrenergici a - şi Ş , are substanţial mai multe efecte antagoniste Ş -adrenergice decât un antagonist -adrenergic. **(d)** Datele privind eficacitatea blocanţilor canalelor de calciu (CCB) pentru

tratamentul toxicității cocainei sunt contradictorii. Prin urmare, rolul lor la pacienții cu intoxicare cu cocaină rămâne neclar.

229. **Răspunsul este d.** *(Goldfrank și colab., pp 41059-41069.)* **Sevrajul la opiacee** se manifestă inițial cu poftă de droguri, căscat, rinoree și piloerecție și progresează spre greață, vărsături, diaree, intestin hiperactiv, diaforeză, mialgii, artralgii, tahie, anxie și miltigie. **Metadona cu retragere** începe la aproximativ 24 de ore după ultima doză și persistă timp de 3 până la 7 zile. Sevrajul de heroină începe la aproximativ 6 ore după ultima doză și de obicei se manifestă complet la 24 de ore. Sevrajul la opioide nu este o afecțiune care pune viața în pericol, atâta timp cât se menține o hidratare adecvată și un sprijin nutrițional.

(a) Sevrajul de etanol este o afecțiune care pune viața în pericol, care se dezvoltă la 6 până la 24 de ore după reducerea aportului de etanol. Se caracterizează prin hiperactivitate automată, incluzând greață, anorexie, tremor grosier, tahicardie, hipertensiune arterială, hiperreflexie, tulburări de somn, halucinații și convulsii. **(b)** Când consumul de cocaină este oprit sau când se termină consumul excesiv, urmează aproape imediat un accident. Acest lucru este însoțit de o poftă puternică de mai multă cocaină, oboseală, lipsă de plăcere, anxietate, iritabilitate, somnolență și uneori agitație sau suspiciune extremă. **(c)** Sevrajul de nicotină se manifestă în mare parte ca poftă de ciga rette și simptome subiective disforice. Există unele simptome de iritabilitate și neliniște. **(e)** Întreruperea clonidinei duce la dureri de cap, înroșirea feței, transpirații, halucinații, anxietate și tahicardie reflexă.

230. **Răspunsul este d.** *(Goldfrank et al, pp 11034-11041. Rosen, pp 2145 2148.)* **Intoxicația cu PCP** este caracterizată printr-un spectru larg de constatări. Comportamentul poate fi bizar, agitat, confuz sau violent. Semnul distinctiv al toxicității PCP este **amăgirea recurentă a puterii supraumane și a invulnerabilității care** rezultă atât din proprietățile anestezice, cât și din cele disociative ale medicamentului. Pacienții au rupt cătușele de poliție, fracturându-se oase în acest sens. Cauza majoră de deces sau rănire din cauza PCP este toxicitatea comportamentală care duce la sinucidere și omucidere provocată. Semnele neurologice tipice includ **nistagmus** (orizontal, vertical sau rotativ), ataxie și mers alterat. Pupilele sunt de obicei mijlocii și reactive, dar pot fi midriatice sau miotice. Pot fi observate posturi bizare, gri mace și zvârcolirea. Managementul este conservator. Pentru a preveni auto-rănirea, pacientul trebuie să fie reținut în siguranță. Antipsihoticele sau benzodi azepinele sunt frecvent administrate pentru sedare chimică. Intoxicația cu PCP variază de obicei între 8 și 16 ore, dar poate dura mai mult la utilizatorii cronici.

(a și c) Cocaina și amfetaminele sunt simpatomimetice care pot fi confundate

cu intoxicaţia cu PCP. Cu toate acestea, semnul distinctiv al intoxicaţiei cu PCP, care nu se observă de obicei în intoxicaţia simpatomimetică, este delirul recurent al forţei supraumane şi al nistagmusului. **(b)** Când consumul de cocaină este oprit sau când se termină consumul excesiv, urmează aproape imediat un accident. Aceasta este însoţită de o poftă puternică de mai multă cocaină, oboseală, lipsă de plăcere , anxietate, iritabilitate, somnolenţă şi uneori agitaţie sau suspiciune extremă. **(e)** Sevrajul la opioide se manifestă iniţial cu poftă de droguri, căscat, rinoree şi piloerecţie şi progresează spre greaţă, vărsături, diaree, intestin hiperactiv, diaforeză, mialgii, artralgii, anxietate, frică şi tahicardie uşoară.

231. **Răspunsul este a.** *(Goldfrank şi colab., pp 980-988.)* Un **interval anionic** este diferenţa dintre anionii nemăsuraţi (de exemplu, proteine, acizi organici) şi cationi nemăsuraţi (de exemplu, potasiu, calciu, magneziu). Decalajul anionic poate fi calculat din formula:

$$\text{Gap anionic} = [Na^+] - [HCO_3 + Cl^-]$$

Intervalul anionic normal este de aproximativ 6 până la 10 mEq/L. Cauza creşterii decalajului anionic este adesea amintită de **grămezile mnemonice de noroi:**

M: metanol, metformină
U: uremie
D: cetoacidoză diabetică
P: paraldehidă
I: fier, INH
L: lactat
E: etilenglicol, etanol
S: salicilat

Intervalul anionic al pacientului nostru este (141) - (101 + 14) = 26.

Osmolaritatea **serică măsurată** efectuată de laborator se măsoară printr-o scădere a punctului de îngheţ sau o creştere a punctului de fierbere al soluţiei. Dacă există o creştere a moleculelor cu greutate moleculară mică , cum ar fi acetona, metanol, etanol, manitol, alcool izopropilic sau etilen glicol, osmolaritatea creşte mai mult decât ceea ce este calculat din moleculele de ser obişnuite.

Formula de calcul a osmolarităţii serice este:

$$\text{Osm seric (mOsm/kg)} = 2[Na^+] + \text{glucoză}/18 + \text{BUN}/1{,}8 + \text{EtOH}/4{,}6$$

Diferenţa dintre osmolaritatea măsurată reală şi osmolaritatea calculată este decalajul de osmol **(măsură - calculată).**

Decalajul de osmol al pacientului nostru este (352) - (292) = 60. Când decalajul de osmol este mai mare de 50 mOsm/L, ar trebui să fie considerat aproape diagnostic al ingestiei **de alcool toxic** . Cu toate acestea, un decalaj osmol normal sau chiar negativ nu exclude prezența **alcoolilor toxici** .

Prezentarea clinică a pacientului de stare mentală alterată, acidoză metabolică cu decalaj anionic și decalaj osmol este în concordanță cu ingestia **de alcool toxic** . În acest caz, substanța ingerată a fost metanolul.

232. **Răspunsul este b.** *(Goldfrank și colab., pp. 847-860. Rosen, pp. 2087-2093.)* Pentru pacienții tineri cu stare mentală alterată, ingestia de toxice ar trebui să fie ridicată pe diferențial. Acest scenariu clinic este cel mai în concordanță cu ingestia toxică a unui **TCA.** Tratamentul tuturor ingerărilor toxice ar trebui să înceapă cu evaluarea căilor respiratorii, a respirației și a circulației. Ca rezultat, starea mentală obturată a pacientului și pierderea reflexului gag, **intubația orotraheală** este indicată pentru protecția căilor respiratorii. Ulterior, se poate administra **cărbune activ .** Datorită efectelor anticolinergice ale ATC, absorbția este prelungită și motilitatea GI este întârziată, ceea ce duce la o toxicitate mai mare. Prin urmare, o doză suplimentară de cărbune trebuie administrată câteva ore mai târziu. La un pacient obtusit, este important să securizeze mai întâi căile respiratorii înainte de a administra cărbune pentru a preveni aspirația în cazul vărsăturilor.

Toxicitatea cardiovasculară acută este responsabilă pentru majoritatea mortalității cauzate de supradozajul cu TCA. Trăsăturile caracteristice sunt întârzierile de conducere, disritmiile și hipotensiunea arterială. Activitatea de blocare a sodiului a TCA conduce la un QRS lărgit și axa spre dreapta. Se crede că există o șansă crescută de aritmii cardiace dacă QRS este mai mare de 100 msec. Se recomandă să tratați această afecțiune cu **bicarbonat de sodiu IV** până când QRS se îngustează la 100 msec sau pH-ul seric crește la 7,55. În plus , pacientul este hipotensiv și trebuie să primească un bolus lichid de soluție salină normală și să fie plasat în poziția Trendelenburg. Dacă hipotensiunea nu se rezolvă după aceste manevre și administrarea de bicarbonat, pacientul trebuie să primească norepinefrină. Supradozajul cu TCA poate progresa rapid și este adesea imprevizibil. Este obișnuit ca un pacient să se prezinte la ED treaz și alert și apoi să dezvolte toxicitate cardiovasculară și SNC care pune viața în pericol în decurs de câteva ore.

(a) Narcanul este antidotul pentru toxicitatea opioidelor; acest pacient are nevoie de bicarbonat de sodiu pentru o supradoză de TCA. **(c)** NAC este antidotul pentru supradozajul cu aceta minophen. **(d)** Siropul de ipecac nu poate fi administrat unui pacient care este intubat. Trebuie administrat pacienților cu o stare psihică normală, fără ca nimic să le împiedice orofaringele. **(e)** Inducerea

vărsăturilor este contraindicată, având în vedere potențialul de deteriorare neurologică și hemodinamică bruscă.

233. **Răspunsul este a.** *(Goldfrank și colab., pp. 480-496.)* **NAC** este piatra de temelie a terapiei pentru supradozajul cu acetaminofen potențial letal. NAC acționează ca un precursor de glutation pentru a reduce NAPQI (*N* -acetil- *p* -benzochinoneimină), metabolitul toxic al acetaminofenului. Poate fi administrat oral sau intravenos . NAC este cel mai eficient dacă este administrat în decurs de 8 ore de la ingerare ; cu toate acestea, poate fi în continuare benefic dacă este administrat la mai mult de 24 de ore după o supradoză acută de acetaminofen.

(b) Fizostigmina este utilizată pentru supradozajul anticolinergic. **(c)** Flumazenil este un antagonist de benzodiazepină utilizat ocazional în cazul unei supradoze de benzodiazepină. Utilizarea sa poate precipita sevrajul benzodiazepinei și convulsii la consumatorii cronici de benzodiazepină. **(d)** Naloxona este un antagonist al receptorilor ρ și este utilizată în supradozele de opioide. **(e)** Digibind este antidotul pentru intoxicația cu glicozide digitale.

234. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp2129-2133.)* **Etilenglicolul** este un lichid incolor, inodor, cu gust ușor dulce, care se găsește în antigel. Ingerarea de antigel este fie accidentală, fie sinucigașă, fie în locul etanolului. Etilenglicolul este metabolizat la acid glicolic, ceea ce are ca rezultat o **acidoză metabolică cu decalaj anionic profund** (Na) - ([Cl] + [HCO3]); (139 - [101 + 14]) = 24. Acidul glicolic este ulterior metabolizat în acid oxalic, care se combină cu calciul pentru a forma cristale de oxalat de calciu, care precipită apoi în tubii renali, creier și alte țesuturi. Constatarea **cristaluriei** este considerată **semnul distinctiv al ingestiei de etilenglicol;** cu toate acestea, absența acestuia nu exclude diagnosticul . Un alt test util în ED implică examinarea urinei proaspăt evacuate pentru fluorescență cu o lampă Wood. Fluoresceina de sodiu este adăugată la antigel pentru a ajuta la detectarea scurgerilor de radiatoare. Ingestia de etilenglicol este asociată cu anomalii neurologice, cardiopulmonare și renale.

(a) Otrăvirea cu CO poate provoca o acidoză metabolică. Cu toate acestea, nivelul de CO al acestui pacient este în limite normale. **(c)** Cetoacidoza diabetică poate provoca o acidoză metabolică. Pacienții au, de obicei, antecedente de diabet, glicemie crescută (> 200 mg/dL) și cetone în urină. **(d)** Acidoza lactică poate provoca o acidoză metabolică. Lactatul acestui pacient este în limite normale. **(e)** Alcoolul izopropilic (alcoolul pentru frecare) este mai puțin toxic decât metanolul și etilenglicolul, dar mai toxic decât etanolul. Pacienții prezintă de obicei depresie SNC. Isopropanolul provoacă și o gastrită hemoragică. Spre deosebire de ceilalți alcooli toxici, acesta nu este asociat cu o acidoză metabolică cu decalaj anionic ridicat, cu excepția cazului în care este prezentă hipotensiune arterială.

235. Răspunsul este e. *(Goldfrank şi colab., pp. 1478-1486.)* **Otrăvirea cu CO** este principala cauză de morbiditate şi mortalitate prin otrăvire în Statele Unite. Oamenii sunt expuşi la CO prin incendii, evacuarea vehiculelor, generatoare de casă şi metabolismul clorurii de metilen. Lucrătorii devin, de asemenea, - simptomatici din utilizarea echipamentelor alimentate cu propan în interior, cum ar fi stivuitoarele şi patinele pe gheaţă. Adesea, alte persoane din zonă au plângeri similare. Primele simptome sunt nespecifice şi uşor confundate cu alte boli, cum ar fi sindroamele virale. Simptomele uşoare includ dureri de cap, greaţă şi ameţeli. Simptomele severe includ dureri în piept, palpitaţii şi convulsii. Diagnosticul se face prin detectarea concentraţiei de CO în sânge. Nivelurile normale variază de la 0% la 5%, în timp ce fumătorii pot ajunge până la 10%. Tratamentul include oxigenoterapie imediată Oxigenul hiperbaric este tratamentul de elecţie pentru pacienţii cu expuneri semnificative la CO.

(a) Methemoglobinemia apare în urma expunerii la nitraţi, la anumite anestezice şi la diferite medicamente. Pacienţii prezintă de obicei cianotic cu o $P_{O_2\ \text{NORMALĂ}}$ care nu răspunde la oxigen suplimentar. **(b)** Hipoglicemia poate provoca sincopă. Cu toate acestea, glicemia acestui pacient a fost normală. **(c)** Otrăvirea cu hidrocarburi (de exemplu, kerosen, benzină, agent de îndepărtare a lacului de unghii) apare de obicei în urma unei expuneri intenţionate. Cel mai frecvent este afectat sistemul pulmonar . **(d)** Supradozajul cu opioide provoacă sedare şi depresie respiratorie.

236. Răspunsul este d. *(Rosen, pp 2133-2135.)* **Alcoolul izopropilic** este unul dintre **alcoolii toxici** (etilen glicol, metanol şi alcool izopropilic). Este un lichid limpede, incolor, cu **gust amar.** Este folosit în mod obişnuit ca **alcool pentru frecare** şi ca solvent în produse de îngrijire a părului, loţiuni pentru piele şi aerosoli de casă. Mai mult, este adesea ingerat ca un înlocuitor ieftin şi convenabil pentru etanol. Din punct de vedere clinic, predomină tulburările GI şi SNC. Proprietăţile sale iritante ale GI fac ca pacienţii să se plângă de dureri abdominale, greaţă şi vărsături. Dimensiunea pupilelor variază, dar mioza este frecvent observată. Ingestiile mari pot duce la coma. Hipotensiunea arterială, deşi rară, înseamnă otrăvire severă. În mod caracteristic, acidoza metabolică, spre deosebire de ceilalţi **alcooli toxici** , nu este prezentă. Acest lucru se datorează faptului că alcoolul izopropilic este metabolizat în **acetonă,** o cetonă, nu un acid. De asemenea, este cauza prezenţei cetonelor urinare şi a mirosului pe respiraţia pacientului. Intoxicaţia cu alcool izopropilic este adesea amintită de **cetoză fără acidoză** . O altă constatare unică este prezenţa „pseudo insuficienţei renale" sau falsă creştere izolată a creatininei cu un BUN normal. Aceasta rezultă din interferenţa acetonei şi acetatului de ace prin metoda colorimetrică utilizată pentru măsurarea nivelului de creatinine.

(a) Dacă pacientul a avut antecedente de diabet cu o glicemie crescută şi cetone prezente în urină, atunci CAD ar fi foarte suspectat.
(b) Diferenţierea între ingestia de etanol şi alcool izopropilic poate fi foarte dificilă. Cu toate acestea, prezentarea clinică a pacientului de băut puţin lichid, dureri abdominale, greaţă, vărsături, miros de acetonă şi cetoză fără acidoză este cea mai în concordanţă cu intoxicaţia cu alcool izopropilic. **(c şi e)** Intoxicaţia cu metanol şi etilenglicol este de obicei asociată cu o acidoză metabolică cu decalaj anionic.

237. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp 2076-2078.)* Tratamentul **toxicităţii salicilaţilor** are trei obiective: (1) prevenirea absorbţiei ulterioare a salicilaţilor, (2) corectarea deficitelor de lichide şi a anomaliilor acido-bazice şi (3) reducerea concentraţiilor de salicilat din ţesut prin creşterea excreţiei. **Cărbunele activat** trebuie administrat cât mai curând posibil pentru a reduce absorbţia salicilatului. Deshidratarea - apare la începutul intoxicaţiei cu salicilat şi trebuie tratată cu **hidratare IV. Alcalinizarea urinei** trebuie luată în considerare la pacienţii cu niveluri de salicilaţi mai mari de 35 mg/dL. Aceasta se realizează prin administrarea IV de bicarbonat de sodiu. Deoarece acidul salicilic este un acid slab, este ionizat într-un mediu alcalin şi rămâne „prins", limitând cantitatea care traversează bariera hemato-encefalică şi crescând excreţia urinară.

(b) Intubaţia endotraheală poate fi necesară în insuficienţa respiratorie; cu toate acestea, la un pacient otrăvit cu salicilat, este important să se menţină hiperventilaţia şi un mediu alcalotic pentru a menţine acidul salicilic ionizat pentru a limita trecerea barierei hemato-encefalice. Este dificil să se menţină un nivel adecvat de hipocarbie şi hiperventilaţie prin ventilaţie asistată . **(c)** NAC este antidotul pentru otrăvirea APAP. Este important, totuşi, să se obţină un nivel APAP la pacienţii cu supradoză de aspirină, deoarece cele două pot apărea împreună. **(d)** Hemodializa pentru supradozajul cu aspirină ar trebui luată în considerare la pacienţii cu salicilism sever asociat cu niveluri serice de salicilat mai mari de 100 mg/dL; comă, insuficienţă renală sau hepatică; şi edem pulmonar. De asemenea, cu tulburări acido-bazice severe sau eşecul de a răspunde la tratamente mai conservatoare, cum ar fi cărbunele activat şi alcalinizarea. **(e)** Observarea fără intervenţie nu este recomandată în cazul unei supradoze de aspirină, deoarece există riscul de deces.

238. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp 2069-2074.)* IV NAC a fost responsabil pentru **reacţii anafilactoide, inclusiv erupţii cutanate, bronhospasm, hipotensiune arterială şi deces.** Aceste complicaţii sunt dependente de doză şi concentraţie şi sunt prevenite prin administrarea lentă de NAC diluat. Alte reacţii adverse includ tulburări gastrointestinale, tahicardie şi constricţie în piept.

(a) NAC este utilizat în tratamentul insuficienței hepatice secundare supradozajului APAP. **(c şi d)** Nu se ştie că NAC IV provoacă aceste reacţii adverse. **(e)** Amitriptilina, indometacina, doxorubicina, fenazopiridina şi rifampicina sunt unele medicamente cunoscute pentru a determina schimbarea culorii urinei.

239. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp 2151-2152.)* **Deferoxamina** este un chelator specific al **fierului feric (Fe3 +)**. Se leagă de fier pentru a forma un compus solubil în apă, ferrioxamină, care poate fi excretat prin rinichi. Deferoxamina are un timp de înjumătăţire de 1 oră, astfel încât perfuzia continuă este metoda preferată de administrare.

Prezentarea clinică a pacientului este în concordanţă cu otrăvirea **acută cu fier .** Prezentarea iniţială reflectă efectele corozive ale fierului asupra intestinului şi include greaţă, vărsături, diaree şi, uneori, sângerare gastrointestinală. Pacienţii cu supradozaj sever pot prezenta şoc sau comă.

(a) Tratamentul pentru toxicitatea organofosfaţilor este atropina şi pralidoxima. Fizostigmina este un antidot pentru sindromul anticolinergic. **(c)** Supradozajul cu aspirină este tratat cu decontaminare, alcalinizare a urinei şi, uneori, dializă. NAC este antidotul pentru supradozajul APAP. **(d) Supradozajul** acut cu benzodiazepină este tratat cu flumazenil. Narcan este antidotul pentru supradozajul cu opioide. **(e)** Supradozajul anticolinergic poate fi tratat cu fizostigmină. Fomepizolul este tratamentul pentru ingestia de alcool toxic (adică etilenglicol).

240. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp 2087-2093.)* Supradozajul de **TCA** are ca rezultat toxicitate printr-un număr de mecanisme diferite. Proprietăţile **anticolinergice** ale TCA au ca rezultat toxidromul „orb ca un liliac (midriaza), roşu ca sfecla (pielea înroşită), fierbinte ca iepurele (hipertermie secundară lipsei de transpiraţie), uscat ca un os (mucoase uscate), nebun ca un pălărier (schimbări ale stării mentale). Aceasta este secundară **blocării receptorilor muscarinici. Semnele** cardinale ale supradozajului cu TCA includ disritmii ventriculare, hipotensiune arterială şi scăderea stării mentale. **Bicarbonatul de sodiu** este o intervenţie potenţial de salvare a vieţii în supradozajul cu TCA, deoarece un pH alcalin combinat cu o încărcare de sodiu creşte conductanţa prin canalele cardiace rapide de sodiu şi previne disritmiile ventriculare, aşa cum se evidenţiază prin îngustarea complexului QRS pe un ECG.

(a) Efectul cel mai îngrijorător este blocarea canalelor de sodiu care provoacă întârzieri ale conducerii şi aritmii, aşa cum se evidenţiază prin lărgirea QRS, prelungirea QT şi tahicardiile cu complexe larg. **(c)** Inhibarea recaptării serotoninei şi norepinefrinei duce la epuizarea catecolaminelor şi contribuie la

hipotensiune arterială. **(d)** Blocarea receptorului histaminic este asociată cu sedarea. **(e)** a -Blocarea receptorilor determină vasodilataţie şi hipotensiune arterială care conduc la o scădere a rezistenţei vasculare sistemice şi la creşterea presiunii pulsului.

241. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp 2159-2162.)* **Hidrocarburile (HC)** sunt un grup divers de compuşi organici care conţin hidrogen şi carbon. Unele produse obişnuite care conţin HC sunt lustruirile de uz casnic, cleiurile, soluţiile de îndepărtare a vopselei şi solvenţii industriali. Toxicitatea acută a HC afectează de obicei trei organe ţintă principale: plămânii, SNC şi inima. Plămânii sunt cel mai frecvent afectaţi de aspiraţia HC ingerate. Toxicitatea pulmonară este asociată cu tuse, crestături, bronhospasm, edem pulmonar şi pneumonită pe radiografia toracică. Anumite HC (de exemplu, toluen, benzen, benzină, butan, HC-uri clorurate) pot avea efect sedativ/opioid şi pot provoca euforie, dezinhibare, confuzie şi obstrucţie. HC pot provoca, de asemenea, **moarte subită cardiacă,** în special după o activitate fizică bruscă după inhalare intenţionată. Se crede că HC produc **sensibilizarea miocardică** a catecolaminelor endogene şi exogene, care precipită disritmiile ventriculare şi disfuncţia miocardică. Un scenariu este persoana care abuzează de solvenţi. Lucrătorii EMS descriu adesea o persoană care a folosit solvenţi inhalaţi, a efectuat un anumit tip de activitate fizică şi apoi s-a prăbuşit brusc.

În scenariul de mai sus, pacientul care inhala **butan** a fost abordat de un poliţist şi a încercat să fugă. Acest efort brusc a dus cel mai probabil la o aritmie cardiacă. Accesoriile se găsesc adesea la faţa locului, inclusiv pungi de plastic folosite pentru „împachetare" (turnarea HC într-o pungă, apoi inhalarea profundă) sau o cârpă îmbibată cu HC folosită pentru „suflare" (inhalarea printr-o cârpă saturată). Alte accesorii includ recipiente cu benzină, mai multe brichete cu butan şi cutii de vopsea spray.

(b) Intoxicaţia cu etanol de obicei nu duce la fibrilaţie ventriculară . **(c)** La pacienţii cu supradoză de heroină care devin hipoxici, este posibilă fibrilaţia ventriculă. Cu toate acestea, în acest scenariu, starea psihică a pacientului nu s-a schimbat ca răspuns la naloxonă, agentul de inversare a opioidelor . **(d)** Intoxicaţia cu cocaină poate duce la fibrilaţie ventriculară din cauza afectelor sale cardiace; cu toate acestea, acest scenariu este mai consistent cu abuzul de hidrocarburi. **(e)** PCP, în general, nu duce la aritmii cardiace.

242. **Răspunsul este e.** *(Goldfrank şi colab., pp 741-753. Rosen, pp 2108-2110.)* **Blocanţii receptorilor P-adrenergici** (de exemplu, Metoprolol) sunt medicamente prescrise în mod obişnuit pentru hipertensiune arterială. p - Supradozajul cu antagonişti adrenergici este adesea benign, aproximativ 33% dintre pacienţi

rămânând asimptomatici. Acest lucru se explică parţial prin faptul că antagonismul Ş -adrenergic este adesea bine tolerat la persoanele sănătoase care nu se bazează pe stimularea simpatică pentru a menţine debitul cardiac. În schimb, cei cu anomalii cardiace se pot baza pe stimularea simpatică pentru a menţine HR sau debitul cardiac. Semnul **distinctiv al toxicităţii blocantelor receptorilor Ş -adrenergici** este **bradicardia cu hipotensiune arterială.** Pacienţii pot prezenta, de asemenea, anomalii de conducere şi de ritm. Debutul toxicităţii are loc de obicei în 4 ore de la ingestie. Dacă un pacient rămâne asimptomatic după 4 ore, există un risc scăzut de morbiditate ulterioară, cu excepţia cazului în care este implicată un preparat cu eliberare întârziată.

Managementul începe cu abordarea ABC-urilor. Căile respiratorii şi ventilaţia trebuie menţinute cu intubaţie endotraheală, dacă este necesar. Tratamentul iniţial al hipotensiunii arteriale şi al bradicardiei constă în **resuscitarea cu lichid** şi **atropină.** Pacienţii trebuie să primească decontaminare gastro-intestinală cu **cărbune activat** şi trebuie luată în considerare irigarea întregului intestin la pacienţii care au ingerat preparate cu eliberare prelungită. Pacienţii cu toxicitate semnificativă (HR < 40, TA < 80, insuficienţă cardiacă congestivă [CHF], stare mentală alterată) ar trebui să primească şi **glucagon,** care nu se bazează pe receptorii Ş pentru acţiunile sale şi are efecte atât inotrope, cât şi cronotrope. De asemenea, ajută la contracararea hipoglicemiei induse de supradozajul cu blocant Ş .

(a) Siropul de ipecac este contraindicat la orice pacient cu conştienţă deprimată sau potenţial deprimată. **(b şi c)** Cardioversia este contraindicată în ritmul sinusal. Este rezervat ritmurilor „şocabile", cum ar fi fibrilaţia ventriculară şi tahicardia ventriculară fără puls. Epinefrina poate fi utilizată dacă administrarea de lichide, atropină şi glucagon nu reuşeşte să trateze pacientul. **(d)** Această selecţie poate fi încercată dacă glucagonii sunt ineficienţi şi pacientul continuă să se decompenseze.

243. Răspunsul este c. *(Goldfrank şi colab., pp 1020-1028.)* **MDMA** este în prezent una dintre **amfetaminele** cele mai abuzate de studenţi şi adolescenţi. Este cunoscut în mod obişnuit ca „extaz", „E", „XTC" şi „M&M". MDMA este un entactogen, o substanţă capabilă să producă euforie, pace interioară şi dorinţă de socializare. Efectele negative includ ataxie, neliniște, confuzie, concentrare slabă şi probleme de memorie. MDMA, deşi este clasificată ca amfetamină, este, de asemenea, un stimul puternic pentru eliberarea serotoninei. MDMA poate provoca, de asemenea, **hiponatremie semnificativă.** Creşterea serotoninei are ca rezultat eliberarea excesivă de vasopresină (hormon antidiuretic [ADH]). Mai mult, aportul mare de apă liberă (creşterea setei) combinat cu pierderea de sodiu din efort fizic (dans) contribuie cu siguranţă la dezvoltarea hiponatremiei.

(a) Consumul de cocaină poate provoca agitaţie şi convulsii, dar nu ar trebui să provoace hiponatremie semnificativă. **(b)** Intoxicaţia cu heroină determină de obicei oamenii să fie mai calmi decât agitaţi. Nu ar trebui să provoace convulsii sau hipona tremie. **(d şi e)** Ketamina şi PCP pot provoca agitaţie şi halucinaţii; cu toate acestea, hiponatremia semnificativă nu este prezentă de obicei.

244. **Răspunsul este c.** *(Goldfrank şi colab., pp. 1013-1014.)* Pacienţii arestaţi care înghit droguri ilegale pentru a ascunde dovezile sunt denumiţi „încărcători de corp". De obicei, au tendinţa de a ingera orice şi toate medicamentele pe care le deţin, ceea ce poate duce la o supradoză polifarmaceutică. Umpluturi corporale sunt de obicei observate în ED înainte de apariţia simptomelor. **Cărbunele activat** trebuie administrat imediat şi poate fi indicată **irigarea întregului intestin .** Uneori, există dovezi radiografice ale substanţelor înghiţite, aşa cum se observă în flacoanele crapate sau capse de pe materialele de ambalare. Irigarea întregului intestin foloseşte o **soluţie de electrolit de polietilen glicol (de exemplu, GoLYTELY),** care nu este absorbită şi elimină medicamentele sau substanţele chimice prin tractul gastro-intestinal. Această procedură pare să fie cea mai utilă atunci când au fost ingerate tablete sau substanţe chimice radioopace, pachete de droguri stradale înghiţite sau medicamente cu eliberare susţinută.

(a) Citratul de magneziu este un cathartic a cărui acţiune începe la 4 până la 6 ore după ingestie. Este contraindicat la pacienţii cu insuficienţă renală. **(b)** Pachetele sunt observate în intestinul subţire, prea distal pentru un lavaj gastric eficient. **(d)** Siropul de ipecac este, de asemenea, ineficient pentru pachetele din intestinul subţire. **(e)** NAC este antidotul pentru toxicitatea acetaminofenului

245. **Răspunsul este c.** *(Goldfrank şi colab., p. 889.)* Orice pacient care ia un inhibitor de monoaminooxidază (IMAO) este expus riscului de a dezvolta **sindromul serotoninergic** dacă individul congestionează un inhibitor selectiv al recaptării serotoninei (SSRI) sau un alt medicament care creşte nivelul serotoninei din SNC. Unele medicamente care pot provoca această interacţiune includ simpatomimetice cu acţiune indirectă şi mixtă (de exemplu, cocaină, amfetamina), antidepresive (de exemplu, TCA, SSRI), **meperidină (de exemplu, Demerol)** şi dextrometorfan, care se găseşte în multe antitusive fără prescripţie medicală. În schimb, morfina şi derivaţii săi nu au efecte de potenţare a serotoninei. Sindromul serotoninergic se caracterizează prin modificarea stării mentale, hipertermie, disfuncţie neuromusculară şi disfuncţie autonomă. Simptomele pot include, de asemenea, frison, trismus, acatizie, comă şi convulsii.

(a, b, d şi e) Ibuprofenul, acetaminofenul, oxicodona şi hidrocodona sunt toate sigure de utilizat la pacienţii care iau IMAO.

246. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp 2180-2185.)* Hidrocodona este un opioid folosit pentru ameliorarea durerii. **Sevrajul la opioide** apare la persoanele tolerante atunci când expunerea la opioide este întreruptă sau este administrat un antagonist. Efectele sevrajului sunt secundare **creşterii secreţiei simpatice** , care este responsabilă pentru semnele şi simptomele clinice. Deşi acestea pot fi semnificative, de obicei nu pun viaţa în pericol. Sevrajul este asociat cu excitaţia SNC, tahipnee şi midriază. Pulsul şi TA pot fi crescute. Pacientul poate prezenta greaţă, vărsături, diaree, crampe abdominale, mialgii şi insomnie. Examenul evidenţiază adesea piloerecţie, căscat, lacrimare, rinoree şi diaforeză. Manifestările neurologice includ nelinişte, agitaţie şi anxietate, dar cogniţia şi starea mentală nu sunt afectate. Disforia şi pofta de droguri sunt de obicei proeminente.

(a şi b) Amitriptilina este un TCA care are proprietăţi anticolinergice. Supradozajul de TCA are ca rezultat toxicitate printr-un număr de mecanisme diferite. Proprietăţile anticolinergice ale TCA au ca rezultat toxidromul „orb ca un liliac (midriaza), roşu ca sfecla (pielea înroşită), fierbinte ca iepurele (hipertermie secundară lipsei de transpiraţie), uscat ca un os (mucoase uscate)." Semnele cardinale ale supradozajului cu TCA includ disritmii ventriculare, hipotensiune arterială şi scăderea stării mentale. **(c)** Sevrajul timpuriu de alcool poate apărea la 6 ore după încetarea sau scăderea consumului de alcool. Se caracterizează prin hiperactivitate autonomă: greaţă, anorexie, tremor grosier, tahicardie, hiperreflexie, hipertensiune arterială, febră, scăderea pragului convulsiv, halucinaţii şi delir. **(d)** Sindromul serotoninergic apare atunci când un inhibitor al recaptării serotoninei este combinat cu un alt medicament care potenţează serotonina. Se ştie că opioidul meperidina (Demerol), dar nu şi hidrocodona, potenţează serotonina. Se prezintă cu dureri abdominale, diaree, diaforeză, hiperpirexie , tahicardie, hipertensiune arterială, mioclonie, iritabilitate, agitaţie, convulsii şi delir.

Starea psihică alterată

Întrebări

247. *O* femeie în vârstă de 69 de ani cu antecedente medicale de hipertensiune arterială, hipercolesterolemie, diabet zaharat tip 1 şi abuz de alcool este adusă la departamentul de urgenţă de către fiica ei, care afirmă că mama ei s-a purtat amuzant în ultima oră. Ea afirmă că pacienta nu ştia unde se află deşi se afla în propria casă. Nici ea nu şi-a recunoscut familia şi vorbea pe neînţeles. Tensiunea arterială (TA) este de 150/80 mm Hg, frecvenţa cardiacă (HR) este de 90 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,9 ° F şi frecvenţa respiratorie (RR) este de 16 respiraţii pe minut. La examenul fizic ea este diaforetică, agitată şi tremurândă. Electrocardiograma (ECG) este un ritm sinusal cu segmente ST normale şi unde T. Care dintre următoarele este cea mai potrivită cale de acţiune pentru acest pacient?

a. Administraţi o benzodiazepină pentru a-i trata sevrajul de etanol.
b. Activaţi echipa de accident vascular cerebral şi aduceţi pacientul direct la scanerul tomografic computerizat (CT).
c. Obţineţi o statistică şi administraţi dextroză dacă glicemia ei este scăzută.
d. Solicitaţi un consult psihiatric pentru probabil apusul soarelui.
e. Se administrează haloperidol pentru sedare.

248. O femeie letargică de 74 de ani este adusă la urgenţă de familia ei Fiica ei afirmă că pacienta a fost somnolenta progresiv în ultima săptămână şi nu a putut fi trezită astăzi. Pacientul ia medicamente pentru diabet, hipertensiune arterială, hipotiroidism şi o entorsă recentă a gleznei, care este tratată cu o combinaţie de hidrocodonă/acetaminofen. În ED, pacientul este profund letargic, răspunde doar la durere şi are edem periorbitar şi relaxare întârziată a reflexelor tendinoase profunde. TA este de 145/84 mm Hg, HR este de 56 de bătăi pe minut, temperatura este de 94,8 ° F şi RR este de 12 respiraţii pe minut. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Hipoglicemie
b. Supradoza de opioide
c. Accident vascular cerebral
d. Comă mixedem
e. Depresie

249. Un bărbat de 79 de ani se prezintă la urgenţă de către paramedici cu plângerea principală de agitaţie şi confuzie în ultimele 12 ore. Are antecedente medicale de schizofrenie şi nu ia niciunul dintre antipsihoticele sale. TA este de 135/85 mm Hg, HR este de 119 bătăi pe minut, RR este de 18 respiraţii pe minut, saturaţia de oxigen este de 97% în aerul camerei, iar glucoza înţepată de deget este de 135 mg/dL. Din cauza agitaţiei sale la triaj, a fost plasat în reţinerea încheieturii mâinii. În acest moment, este calm, dar confuz. Examinarea relevă pielea caldă şi umedă şi pupile de 4 mm care sunt egale şi reactive. Examenul lui cardiac evidenţiază tahicardie şi nici un suflu. Plămânii lui sunt limpezi la auscultare, iar abdomenul este moale şi nesensibil. El este capabil să-şi mişte toate extremităţile. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Se administrează haloperidol sau lorazepam
b. Consultaţi psihiatrie
c. Comandaţi o scanare CT a capului
d. Trimiteţi un test toxicologic de urină
e. Obţineţi o temperatură rectală

250. Un tânăr de 25 de ani este adus la Urgenţă de către serviciul medical de urgenţă (EMS) însoţit de iubita lui care raportează că pacientul a avut o criză în urmă cu 30 de minute şi este încă derutat. Iubita relatează că pacientul este un epileptic cunoscut, care se descurcă bine cu ultimul său regim de medicamente. Medicamentele exacte pentru convulsii nu sunt cunoscute. La sosirea la UR, pacientul dezvoltă mişcări clonice continue ale extremităţilor sale superioare şi inferioare. Semnele vitale ale pacientului sunt TA de 162/85 mm Hg, FC de 110 bătăi pe minut şi pulsoximetria de 91% pe aerul camerei. Nivelul glucozei la capac este de 95 mg/dL. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Aşezaţi pacientul în decubit lateral.
b. Administraţi lorazepam.
c. Se administrează fenitoină.
d. Efectuaţi intubarea în secvenţă rapidă pe pacient.
e. Căutaţi fişele medicale ale pacientului şi administraţi-i regimul antiepileptic actual.

251. Un student în vârstă de 19 ani se prezintă la urgenţă plângându-se de dureri de cap, dureri de gât, mialgii şi erupţii cutanate care s-au dezvoltat în ultimele 12 ore. TA este de 95/60 mm Hg, HR este de 132 bătăi pe minut, temperatura este de 103,9 ° F, RR este de 19 respiraţii pe minut şi saturaţia de oxigen este de 98% în aerul camerei. Este confuză şi orientată doar către persoană. Examenul fizic este remarcabil pentru durerea cu flexia gâtului, o erupţie petehială şi purpurică pe extremităţi şi reumplerea capilară întârziată.

Care dintre următoarele descrie cel mai bine prioritatea medicilor de urgenţă în gestionarea acestui pacient?

a. Colectaţi două seturi de hemoculturi înainte de administrarea antibioticului.
b. Sunaţi părinţii pacientului şi rugaţi-i să vină imediat la spital.
c. Sună-i colega de cameră pentru a aduna mai multe informaţii.
d. Începeţi resuscitarea cu lichide, administraţi antibiotice intravenos (IV) şi efectuaţi o puncţie lombară (LP).
e. Administraţi acetaminofen pentru a vedea dacă durerea de cap şi febra îi dispar.

252. O studentă de 21 de ani este adusă la urgenţă de către colega ei de cameră, care afirmă că pacienta a fost foarte somnoroasă astăzi. Are antecedente de diabet şi nu şi-a reumplut medicamentele de peste o săptămână. TA este de 95/61 mm Hg, HR este de 132 de bătăi pe minut, temperatura este de 99,7 ° F şi RR este de 20 de respiraţii pe minut. Glicemia ei este de 530 mg/dL. Care dintre următoarele opţiuni se potriveşte cel mai bine cu ceea ce te-ai aştepta să găseşti la gazele din sângele ei arterial cu electroliţi şi analize de urină?

a. pH 7,38, decalaj anionic 5, analiză de urină normală
b. pH 7,57, decalaj anionic 21, prezenţa glucozei şi a leucocitelor în urină
c. pH 7,47, gap anionic 12, prezenţa glucozei şi cetonelor în urină
d. pH 7,26, gap anionic 12, prezenţa glucozei şi cetonelor în urină
e. pH 7,26, gap anionic 21, prezenţa glucozei şi cetonelor în urină

253. O femeie în vârstă de 65 de ani care capturează în mod activ este adusă la urgenţă de către EMS. A fost găsită prăbuşită pe banca de la staţia de autobuz. Personalul de la EMS afirmă că atunci când au găsit-o pe femeie, aceasta era diaforetică şi vorbirea ei a fost deranjată. În drum spre spital, ea a început să se apuce. Pe măsură ce o duci într-o cameră, asistenta îţi oferă câteva dintre semnele ei vitale, care sunt o TA de 150/90 mm Hg, HR de 115 bătăi pe minut şi o saturaţie de oxigen de 96%. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai bun în gestionarea acestui pacient?

a. Solicitaţi o temperatură rectală pentru a exclude meningita.
b. Sună-l pe tehnologul CT şi spune-i că aduci un pacient cu convulsii.
c. Cereţi un ECG statistic şi administraţi o aspirină.
d. Verificaţi nivelul de glucoză din sânge al pacientului.
e. Intubaţi pacientul.

254. Un bărbat de 48 de ani se prezintă la urgenţă cu intoxicaţie cu etanol. TA este de 150/70 mm Hg, HR este de 95 de bătăi pe minut, temperatura este de 97,9 ° F, RR este de 14 respiraţii pe minut şi saturaţia de oxigen este de 93% în aerul din cameră. Pacientul este somnolent şi sforăie puternic, cu ocazional gâfâituri după aer. La examinare, reflexul de gag al pacientului este intact, plămânii lui sunt limpezi la auscultare , inima este lipsită de suflu, iar abdomenul este moale

şi lipsit de sensibilitate. El este susceptibil de stimulare. O CT a capului este negativă pentru leziune intracraniană. Nivelul său de etanol este de 270 mg/dL. Care dintre următoarele acţiuni este cea mai potrivită pentru a ajuta pacientul cu respiraţii?

a. Căile respiratorii nazale
b. Căile respiratorii orale
c. Ventilaţie sac-valvă-mască
d. Mască laringiană a căilor respiratorii
e. Căile respiratorii traheoesofagiene

255. O femeie de 52 de ani este adusă la urgenţă de soţul ei pentru modificarea stării psihice timp de 1 zi. Pacienta are hipertensiune arterială şi diabet, dar nu şi-a luat medicamentele în ultimele 5 zile de când şi-a pierdut asigurarea şi nu şi-a permis reţetele. TA este de 168/91 mm Hg, HR este de 125 de bătăi pe minut, temperatura este de 99,8 ° F şi RR este de 18 respiraţii pe minut. Glicemia ei este de 900 mg/dL. Există glucoză în urină, dar nu cetone. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Administraţi lichide IV şi insulină
b. Obţineţi scanare CT a capului
c. Obţineţi ECG
d. Obţineţi radiografie toracică şi urocultură
e. Administraţi antibiotice cu acoperire largă

256. Un bărbat de 45 de ani este adus la urgență de colegii săi după ce s-a - prăbușit la podea în timp ce era la serviciu. Un coleg afirmă că pacientul a luat în mod greșit câteva comprimate din medicamentele sale orale pentru diabet în urmă cu câteva ore. Pacientul nu răspunde și este diaforetic. TA este de 142/78 mm Hg, HR este de 115 bătăi pe minut, temperatura este de 98,9 ° F și RR este de 12 respirații pe minut. O glucoză de lângă pat arată 42 mg/dL. Care dintre următoarele este cel mai adecvat management al acestui pacient?

a. Se administrează dextroză IV, se repetă glicemia la fiecare oră și, dacă este normal, după 6 ore, externați pacientul acasă.
b. Administrați dextroză IV și continuați monitorizarea zahărului din sânge timp de cel puțin 24 de ore.
c. Administrați lichide IV și insulină.
d. Administrați lichide IV.
e. Se administrează cărbune activat și fluide IV.

257. Un bărbat de 59 de ani este adus la urgență însoțit de fiul său care afirmă că tatăl său se comportă iritabil și uneori confuz. Fiul afirmă că tatăl său are antecedente de hepatită în urma unei transfuzii pe care a primit-o cu mulți ani în urmă. În ultimii 5 ani, funcția lui hepatică s-a deteriorat lent. Semnele sale vitale includ TA de 145/80 mm Hg, HR de 78 de bătăi pe minut, RR de 16 respirații pe minut, saturație de oxigen de 98% și temperatura de 98 ° F. Rezultatele de laborator sunt toate în limite normale, cu excepția unui nivel de amoniac care este semnificativ crescut. Care dintre următoarele este cea mai bună terapie?

a. Vancomicina și gentamicina
b. Lactuloză și neomicină
c. Ampicilină și gentamicina
d. Levofloxacină
e. Ciprofloxacina

258. Un bărbat în vârstă de 40 de ani, care este angajat al spitalului, este adus la urgență cu sechestru activ. Un coleg afirmă că pacientul are o tulburare convulsivă cunoscută și în prezent ia fenitoină pentru această tulburare. De asemenea, vă spune că pacientul a fost supus stresului recent și este posibil să nu fi luat ultimele doze de medicamente. Chemați asistenta să pună o mască facială cu oxigen 100% și să obțină acces IV. Cereți apoi să se întocmească un medicament. Care este medicamentul inițial cel mai potrivit pe care ar trebui să-l administrați la acest pacient activ?

a. Fenitoină
b. Diazepam
c. Fenobarbital
d. Acidul valproic
e. Litiu

259. O gravidă 1, para 1, în vârstă de 32 de ani, care a născut prin naștere vaginală normală la 38 de săptămâni de gestație în urmă cu 2 zile, se prezintă la UR, plângându-se de umflare bilaterală a mâinilor și cefalee severă care a început acum 2 ore. TA este de 187/110 mm Hg, HR este de 85 de bătăi pe minut, temperatura este de 97,5 ° F și RR este de 15 respirații pe minut. Analiza urinei relevă proteine 3+. Pe măsură ce examinați pacienta, ea trece la o criză tonico-clonică generalizată. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Se administrează sulfat de magneziu IV
b. Administrați labetalol pentru a-i reduce tensiunea arterială și sulfatul de morfină pentru a-i rezolva durerea de cap.
c. Administrați sumatriptan și plasați pacientul într-o cameră întunecată și liniștită.
d. Administrați o doză de încărcare de fenitoină, comandați o scanare CT a capului și apelați la un consult neurologic.
e. Se administrează diazepam și soluție salină normală IV.

260. O femeie inconştientă de 51 de ani este adusă la urgenţă de către EMS. Un prieten afirmă că pacientul se plângea că se simte slăbit. Ea a vărsat şi ulterior s-a „înnegrit" în ambulanţă. Prietenul afirmă că pacientul nu are probleme medicale şi nu ia medicamente. Ea afirmă, de asemenea, că pacienta fumează ţigări şi consumă cocaină şi că au pufnit cocaină împreună înainte ca ea să se stingă. TA pacientului este de 195/80 mm Hg, HR este de 50 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,6 ° F şi RR este de 7 respiraţii pe minut. Care este eponimul asociat cu semnele ei vitale?

a. Sindromul Cushing
b. Reflexul de cushing
c. semnul Cullen
d. Triada Charcot
e. semnul Chvostek

261. Un bărbat de 47 de ani este adus la urgenţă de EMS după ce a fost agitat în mod persistent la o întâlnire de afaceri. Colegii pacientului afirmă că lucrează non-stop de o zi şi jumătate şi că întotdeauna părea un tip sănătos care frecventa barurile în fiecare seară. EMS a administrat 25 g de dextroză şi tiamină fără ameliorarea simptomelor. În ED, pacientul este anxios, confuz, tremurător şi diaforetic. El neagă orice problemă medicală, medicamente sau ingerări de droguri. TA este de 182/92 mm Hg, HR este de 139 bătăi pe minut, temperatura este de 100,4 ° F, RR este de 18 respiraţii pe minut şi glicemia este de 103 mg/dL. ECG evidenţiază tahicardie sinusală. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai bun?

a. Administraţi acetaminofen
b. Administraţi acid folic
c. Se administrează diazepam
d. Verificaţi din nou glicemia prin înghiţire
e. Se administrează labetalol

262. *Un* bărbat de 65 de ani se prezintă la urgență cu dureri de cap, somnolență și confuzie. Are antecedente de hipertensiune arterială de lungă durată. TA este de 230/120 mm Hg, pulsul 87 bătăi pe minut, RR 18 respirații pe minut și saturație de oxigen de 97% în aerul camerei. La examinare, observați edem papilar. Se efectuează o tomografie computerizată a capului și nu există dovezi de ischemie sau hemoragie . Care dintre următoarele este cea mai potrivită metodă de a-și scădea TA?

a. Se administrează propofol pentru reducerea rapidă a TA
b. Administrați manitol pentru reducerea rapidă a TA și a presiunii intracraniene (ICP).
c. Administrați o doză mare de diuretic pentru a reduce preîncărcarea.
d. Se administrează labetalol până când TA este de 140/80 mm Hg.
e. Se administrează labetalol până când TA este de 180/100 mm Hg.

263. O femeie de 74 de ani este adusă la urgență de către EMS pentru modificarea stării psihice. TA este de 138/72 mm Hg, HR este de 91 de bătăi pe minut, RR este de 17 respirații pe minut, iar temperatura este de 100,9 ° FA CT a capului este normală. Rezultatele LP au arătat următoarele:

WBC 1020/mL cu 90% celule polimorfonucleare Glucoză 21 mg/dL Proteine 225 g/L

Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. meningita TB
b. Meningita bacteriana
c. Meningita virala
d. Meningita fungică
e. Encefalită

264. Un bărbat de 67 de ani se prezintă la urgență pentru agravarea confuziei. Soția lui afirmă că a primit prima doză de chimioterapie pentru cancer pulmonar acum 2 zile. În ultimele 24 de ore, pacientul a devenit confuz. TA este de 130/70 mm Hg, HR este de 87 de bătăi pe minut și temperatura este de 98,9 ° F. Iti administrezi un antiepileptic si criza se opreste imediat. Compari actualul său panou de electroliți cu unul luat acum 2 zile.

	Acum două zile	Astăzi
Sodiu (mEq/L)	139	113
Potasiu (mEq/L)	4.1	3.9
Clorura (mEq/L)	105	98
Bicarbonat (mEq/L)	23	20
BUN (mg/dL)	13	17
Creatinină (mg/dL)	0,4	0,7
Glucoză (mg/dL)	98	92

Care dintre următoarele este cel mai potrivit tratament?

a. 0,45% ser fiziologic
b. 0,9% soluție salină
c. 3% ser fiziologic
d. 5% dextroză
e. 50% dextroză

265. O femeie în vârstă de 31 de ani cu antecedente de schizofrenie se prezintă la urgență pentru modificarea stării mentale. O prietenă afirmă că pacienta ia mai multe medicamente pentru schizofrenia ei. TA este de 150/80 mm Hg, HR 121 bătăi pe minut, RR 20 respirații pe minut și temperatura 104,5 ° F. La examinare , pacienta este diaforetică cu o rigiditate distinctivă a musculaturii sale. Crezi că pacientul are sindrom neuroleptic malign. După măsurile de stabilizare de bază, care dintre următoarele medicamente este cel mai potrivit de administrat?

a. Haloperidol
b. Droperidol
c. Dantrolene
d. Difenhidramină
e. Acetaminofen

266. Un bărbat de 56 de ani este adus din adăpostul pentru persoane fără adăpost pentru comportament ciudat, irațional și mers instabil timp de 1 zi Un lucrător de la adăpost raportează că pacientul abuzează frecvent de alcool. La

examinare, pacientul este alert, dar orientat doar la nume și este incapabil să prezinte istoricul complet. Nu pare intoxicat clinic. Observați nistagmus orizontal și ataxie. Care este diagnosticul cel mai probabil?

a. Encefalopatia Wernicke
b. sindromul Korsakoff
c. Hidrocefalie cu presiune normală
d. Vertijul central
e. Sevrajul de alcool

267. O fată de 18 ani este adusă la urgență de la o petrecere pentru agitație și atacul iubitului ei cu un cuțit. Iubitul ei recunoaște că a luat mai multe injecții de alcool și a consumat cocaină intranazală la petrecere înainte de a deveni agitată, paranoică și de a-l ataca. TA este de 145/80 mm Hg, HR este de 126 de bătăi pe minut, temperatura este de 100,8 ° F și RR este de 20 de respirații pe minut. Pacientul este agitat, țipă și rezistă examinării. Care este următorul pas cel mai bun în managementul acestui pacient?

a. IV Ș -blocant
b. benzodiazepină IV
c. Acetaminofen
d. Litiu
e. Consultație specialist în abuz de droguri

268. O femeie de 78 de ani este transferată dintr-un azil de bătrâni cu stare psihică alterată și febră. Azilul de bătrâni raportează că pacientul era febril până la 102,3 ° F, dezorientat, confuz și incontinent de urină. Istoricul ei medical din trecut include hipertensiune arterială, un accident vascular cerebral cu slăbiciune reziduală pe partea dreaptă și agitație pe timp de noapte pentru care a început să ia haloperidol în urmă cu 3 zile. TA este de 215/105 mm Hg, HR este de 132 de bătăi pe minut, temperatura este de 102,8 ° F și RR este de 20 de respirații pe minut. La examinare, pacientul este orientat numai spre nume, tremurător, diaforetic și are o rigiditate musculară marcată și trei din cinci forță la nivelul extremităților superioare și inferioare drepte. Care este diagnosticul cel mai probabil?

a. Infecția tractului urinar
b. Hipertermie malignă
c. Sindromul neuroleptic malign
d. Accident vascular cerebral recurent
e. Meningoencefalita

269. Un bărbat de 54 de ani este adus la urgență de soția sa pentru comportament bizar. Soția se plânge că soțul ei nu s-a comportat ca de obicei în ultimele câteva zile. Ea afirmă că el nu a suferit nicio modificare a somnului, a

apetitului sau a nivelului de activitate. De asemenea, îşi aminteşte că soţul ei s-a plâns de dureri de cap matinale în ultimele 2 luni. În rest, pacientul este sănătos şi nu ia medicamente. TA este de 135/87 mm Hg, HR este de 76 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,9 ° F şi RR este de 14 respiraţii pe minut. Examinarea lui este de altfel neremarcabilă. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Migrenă
b. Cefalee tensională
c. Hemoragia subarahnoidiană
d. Pseudotumor cerebral
e. Masa lobului frontal

270. O femeie de 27 de ani este adusă la urgenţă de soţul ei după ce a avut o criză pentru prima dată acasă. Nu are antecedente medicale şi nu a avut complicaţii în timpul naşterii nou-născutului pe cale vaginală cu 1 săptămână înainte de prezentare. În ED, TA este de 178/95 mm Hg, HR este de 97 bătăi pe minut, temperatura este de 99,1 ° F şi RR este de 18 respiraţii pe minut. La examen, ea are edem uşor la mâini şi picioare. Criza s-a oprit spontan, dar pacientul este postictal şi nu poate răspunde la întrebările dumneavoastră. Care dintre următoarele este cel mai potrivit test de diagnostic?

a. Hemoleucograma completă
b. CT cap
c. LP
d. Analiza urinei
e. ECG

271. O femeie de 46 de ani este adusă la urgență de soțul ei pentru 1 zi de confuzie care se agravează. Pacientul are antecedente de lupus ery thematosus sistemic (LES) și ia steroizi orali cronici. Nu s-a simțit bine în ultimele zile. TA este de 167/92 mm Hg, HR este de 95 de bătăi pe minut, temperatura este de 100,3 ° F și RR este de 16 respirații pe minut. La examen pacienta este orientată să numească și prezintă peteșii difuze pe trunchi și extremități. Rezultatele de laborator relevă hematocrit 23%, trombocite 17.000/ ^ L, BUN 38 mg/dL, creatinina 1,9 mg/dL. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. purpura Henoch-Schonlein
b. Coagulopatie intravasculară diseminată
c. boala Von Willebrand
d. Purpura trombocitopenică idiopatică
e. Purpura trombotică trombocitopenică (TTP)

272. Un bărbat de 63 de ani se prezintă la urgență plângându-se de dureri de cap, vărsături și „nu poate gândi corect" timp de 1 zi Pacientul declară că are hipertensiune arterială și diabet, dar a rămas fără medicamente în ultima săptămână. TA este de 245/138 mm Hg, HR este de 90 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,7 ° F și RR este de 14 respirații pe minut. Glicemia este de 178 mg/dL. La examinare pacientul apare ușor confuz și orientat numai către nume și loc. Examenul neurologic este semnificativ pentru edem papilar. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Nitroprusiatul IV
b. Sulfat de magneziu IV
c. Metoprolol pe cale orală
d. Hidroclorotiazidă pe cale orală
e. Obțineți tomografia capului

273. Un bărbat de 26 de ani cu antecedente îndelungate de epilepsie este adus la urgență pentru o criză recentă. În timp ce se află în UR, el își mișcă ritmic piciorul drept și nu răspunde. Care dintre următoarele descrie cel mai bine acest tip de convulsii?

a. Convulsii mici
b. Convulsii tonico-clonice generalizate
c. Criză parțială cu generalizare secundară
d. Criză parțială simplă
e. Convulsii parțiale complexe

274. O femeie de 58 de ani este adusă la urgență după un eveniment sincoal la

care a fost martor. La sosire, pacientul apare confuz şi agitat. Elementele vitale includ HR de 89 de bătăi pe minut, TA de 145/70 mm Hg, RR de 16 respiraţii pe minut şi o saturaţie de oxigen de 98% în aerul camerei. În câteva minute , pacientul este mai alert şi mai orientat. Ea neagă orice durere în piept, durere de cap, durere abdominală sau slăbiciune anterioară evenimentului şi este în prezent asimptomatică. Ea mai afirmă că nu şi-a luat medicamentele antiepileptice în 2 zile. Examenul pacientului este neremarcabil incluzând un examen neurologic nonfocal. Având în vedere istoricul pacientului şi evoluţia examinării, care este etiologia cea mai probabilă a evenimentului sincopal al acestui pacient?

a. Accident vascular cerebral
b. Atacul ischemic tranzitoriu
c. Convulsii
d. Disecţia aortică
e. Embolul pulmonar

Starea psihică alterată

Răspunsuri

247. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp. 1748-1750.)* Pacientul nu a primit niciodată **glucoză în deget** la triaj. **Hipoglicemia** poate imita un accident cerebrovascular sau convulsii. Prin urmare, este esenţial ca toţi pacienţii care prezintă o stare mentală alterată să primească glucoză prin pungire. Nivelul de glucoză ar trebui considerat un semn vital. Hipoglicemia este o problemă frecventă la pacienţii cu diabet de tip 1. Prezentarea clinică a hipoglicemiei este cauzată de secreţia crescută de epinefrină, precum şi de disfuncţia sistemului nervos central (SNC). Simptomele includ diaforeza, nervozitate, tremor, tahicar dia, foame şi simptome neurologice, de la confuzie şi comportament bizar la convulsii şi comă.

(a) Sevrajul de etanol se poate prezenta într-un mod similar cu hipoglicemia, deoarece ambele includ simptome ale unei stări adrenergice (de exemplu, tahicardie, hipertensiune , diaforeză, agitaţie). Chiar dacă bănuiţi retragerea etanolului, este obligatoriu să verificaţi glicemia pe deget. **(b)** Echipa de accident vascular cerebral ar trebui activată la pacienţii care prezintă semne şi simptome ale unui accident vascular cerebral care nu sunt cauzate de hipoglicemie. Prin urmare, aceşti pacienţi au nevoie de glucoză în deget. **(d)** Apusul soarelui se referă la persoanele care devin din ce în ce mai confuze la sfârşitul zilei şi până în noapte. Apusul soarelui nu este o boală, ci un simptom care apare adesea la persoanele cu demenţă, cum ar fi boala Alzheimer. Se observă mai frecvent în secţiile de spital decât în UR. **(e)** Haloperidolul este utilizat în mod obişnuit ca sedativ pentru pacienţii agitaţi. Totuşi, acest pacient este agitat din cauza unei cauze organice, hipoglicemia. Prin tratarea cauzei de bază (administrarea de glucoză), agitaţia se va rezolva.

248. **Răspunsul este d.** *(Tintinalli, p. 1314.)* **Coma mixedema** este o **complicaţie a hipotiroidismului care pune viaţa** în pericol . Mortalitatea în coma mixedem se apropie de 20% până la 50% chiar şi cu un management adecvat. Pacientul prezintă semne şi simptome clasice ale bolii: letargie sau comă, hipotermie , bradicardie, edem periorbitar şi nepitting şi o fază de relaxare întârziată a reflexelor tendinoase profunde (areflexie în cazurile mai severe). Coma mixedemă poate fi declanşată de sepsis, traumatism, intervenţii chirurgicale, insuficienţă cardiacă congestivă, expunere prelungită la frig sau utilizarea de

sedative sau narcotice (aşa cum se vede în acest exemplu).

(a) Este esenţial să se verifice glicemia prin înghiţire. Cu toate acestea, coma mixedem diferă de stadiile incipiente ale hipoglicemiei prin aceea că coma mixedem are ca rezultat încetinirea progresivă a tuturor funcţiilor corpului; dimpotrivă, în hipoglicemia precoce, organismul este stimulat de eliberarea de hormoni adrenergici. **(b)** Constatările clasice în toxicitatea opioidelor includ pupile miotice şi depresia respiratorie. **(c)** Accidentul vascular cerebral ar trebui să fie pe diferenţial în acest caz, dar semnele şi simptomele pacientului sunt mai consistente cu o stare metabolică anormală decât cu o modificare pur neurovasculară. Depresia **(e)** este un diagnostic adesea uitat la vârstnici şi se poate prezenta cu o mare varietate de semne şi simptome. Depresia severă poate apărea ca letargie. Cu toate acestea, este puţin probabil să aibă asociate hipotermie şi reflexe anormale.

249. **Răspunsul este e.** *(Roberts and Hedges, pp. 19-24.)* Pacienţii se prezintă frecvent la urgenţă cu agitaţie. Este important să discerneţi ce le provoacă agitaţia; gama de etiologii este extinsă, de la intoxicaţia cu etanol până la sângerări intracerebrale. Abordarea pacientului de urgenţă începe întotdeauna cu **ABC-urile (căile aeriene, respiraţia şi circulaţia).** În plus, **semnele vitale** trebuie obţinute devreme în evaluarea pacientului pentru a **dezvălui condiţii potenţial care pot pune viaţa în pericol.** Pacientul din vigneta prezinta agitatie si tahicardie. Deşi este tentant să atribuiţi agitaţia lui schizofreniei sale netratate, a face acest lucru fără a investiga cauzele medicale ale agitaţiei poate fi dezastruos. Aflarea că temperatura pacientului este de 103,1 °F, de exemplu, vă va conduce pe o altă cale clinică decât dacă temperatura lui este de 98 ° F Acest pacient a fost diagnosticat în cele din urmă cu meningită.

(a) Administrarea unui medicament pentru a controla agitaţia sau comportamentul psihotic este adecvată chiar şi atunci când există probleme medicale coexistente. Pacienţii care sunt prea agitaţi nu pot fi examinaţi corespunzător. Cu toate acestea, este esenţial să excludem potenţialele ameninţări de viaţă care ar putea cauza agitaţia. **(b)** O consultaţie de psihiatrie ar trebui să fie obţinută odată ce condiţiile care pun viaţa în pericol sunt excluse sau, în cazul pacientului de mai sus, atunci când este stabil şi comunicativ ca pacient internat. **(c şi d)** la acest pacient va trebui să se obţină o tomografie a capului şi o analiză de sânge; cu toate acestea, toate semnele vitale trebuie obţinute mai întâi.

250. **Răspunsul este a.** *(Tintinalli, p. 1412.)* Abordarea iniţială a unui pacient cu

sechestru ar trebui să implice protejarea pacientului împotriva rănilor. Pacienţii care capturează trebuie **plasaţi imediat în decubit lateral pentru a preveni aspirarea conţinutului gastric.** Alte măsuri iniţiale sunt administrarea de oxigen , puls-oximetria, determinarea nivelului de glucoză şi o linie IV.

Benzodiazepinele (de exemplu, lorazepam) **(b)** sunt agenţii de primă linie pentru un pacient cu criză activă. Benzodiazepinele sunt hipnotice sedative care cresc activitatea acidului y -aminobutiric (GABA) Fenitoina **(c)** este un anticonvulsivant de linia a doua la un pacient cu convulsii continue. Necesită o doză de încărcare şi trebuie administrată lent, deoarece administrarea rapidă poate provoca hipotensiune arterială şi aritmii cardiace. Intubaţia cu secvenţă rapidă (RSI) **(d)** nu trebuie efectuată în acest moment. Pulsoximetria pacientului este de 91% pe aerul camerei şi poate fi îmbunătăţită cu oxigen suplimentar şi o cale respiratorie nazofaringiană, dacă este necesar . RSI ar trebui făcută dacă pacientul devine apneic sau saturaţia sa de oxigen scade în ciuda suplimentării cu oxigen. **(e)** Odată ce criza acută este controlată , nivelurile de medicamente anticonvulsivante ale pacientului trebuie verificate şi suplimentate dacă sunt subterapeutice.

251. **Răspunsul este d.** *(Hamilton et al, p. 5.)* Prima întrebare pe care o pune un medic de urgenţă pentru fiecare pacient este dacă un proces care pune viaţa în pericol cauzează plângerea pacientului. Medicina de urgenţă este în primul rând o specialitate orientată spre plângere, mai degrabă decât o specialitate orientată spre boală. Accentul său se pune pe anticiparea şi recunoaşterea unui proces care pune viaţa în pericol, mai degrabă decât pe căutarea diagnosticului. Scopul este de a gândi şi de a planifica pentru a preveni evenimentele care pun viaţa în pericol să se întâmple sau să progreseze la pacient. Pacientul din vignetă poate avea meningită, o afecţiune care pune viaţa în pericol sau un sindrom viral cu deshidratare. **Abordarea iniţială este stabilizarea şi tratamentul sau prevenirea unui proces care pune viaţa în pericol.** Această pacientă necesită resuscitare cu lichide pentru tensiunea arterială, stare mentală alterată şi reumplere capilară întârziată. Antibioticele trebuie iniţiate imediat şi un LP efectuat odată ce ICP crescut este evaluat prin examen funduscopic sau CT. Ea ar trebui să fie plasată în izolare. Dispoziţia ei este direcţionată de răspunsul ei la resuscitarea iniţială şi rezultatele LP.

(a) Este important să recoltaţi hemoculturi; cu toate acestea, stabilizarea iniţială şi tratamentul sunt prioritare. **(b)** Părinţii pacientului ar trebui să fie contactaţi dacă pacienta nu poate face asta singură, dar tratamentul ar trebui să continue între timp. **(c)** Adunarea mai multor informaţii este nepreţuită; totuşi, acest lucru ar trebui făcut după stabilizarea şi tratamentul iniţial. **(e)** Observarea

la un pacient cu o afecţiune care pune viaţa în pericol nu este recomandată.

252. **Răspunsul este e.** *(Tintinalli, p. 1288.)* Acest pacient prezintă o acidoză metabolică cu decalaj anionic, glucozurie şi cetonurie, care este în concordanţă cu **cetoacidoza diabetică (DKA).** CAD este o tulburare acută, care pune viaţa în pericol, care apare la pacienţii cu insuficienţă de insulină. Are ca rezultat hiperglicemie, cetoză şi diureză osmotică şi se manifestă clinic cu tulburări gastro-intestinale (GI), poliurie, oboseală, deshidratare, confuzie mentală, letargie sau comă. Atunci când diagnosticul de CAD este suspectat clinic şi hiperglicemia este confirmată prin glicemie crescută, rezultatele unei gaze din sânge şi ale analizei de urină confirmă diagnosticul. În DKA, ficatul metabolizează acizii graşi liberi în corpi cetonici pentru combustibil alternativ în contextul subutilizarii glucozei celulare. Rezultatul este **cetonurie** şi **acidosis metabolică cu decalaj anionic (pH < 7,4 şi HCO_3 < 24). Glucozuria,** rezultatul diurezei osmotice asociate cu hiperglicemie, este o altă manifestare a DKA.

Intervalul anionic se calculează prin scăderea Cl^- şi HCO_3^- din Na^+.

$$\text{Gap anionic (AG)} = [Na^+] - ([Cl^-] + [HCO3^-])$$

Un interval anionic normal este de 8 până la 12 mEq/L. Un decalaj crescut este rezultatul unei concentraţii crescute de anioni nemăsuraţi. În DKA, decalajul anionic crescut este cauzat de producţia de cetone.

Alte răspunsuri **(a, b, c şi d)** sunt alegeri incorecte în prezentarea DKA.

253. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp 1748-1750.)* La un pacient care **convulsează activ,** este esenţial să se verifice nivelul **glucozei din sânge** . **Hipoglicemia** este o cauză uşor **reversibilă** a convulsiilor şi se corectează prin administrarea de **dextroză** , nu cu anticonvulsivantele obişnuite. Pacienţii la ambele extreme de vârstă sunt deosebit de sensibili la stresul de glucoză în timpul bolii acute.

Dacă nivelul glucozei din sânge este normal, atunci este adecvată solicitarea unei temperaturi rectale **(a)** . Totuşi, acest lucru ar trebui făcut concomitent cu abordarea protecţiei căilor respiratorii, obţinerea accesului IV şi administrarea unui anticonvulsivant. O scanare CT **(b)** poate fi necesară la un pacient cu criză; totuşi, acest lucru ar trebui să apară odată ce pacientul este stabilizat. ECG şi aspirină **(c)** sunt de obicei tratamentul iniţial pentru pacienţii cu dureri toracice. La un pacient cu convulsii activ, nimic nu trebuie administrat pe cale orală, deoarece există un risc crescut de aspiraţie şi pacientul poate să nu aibă un reflex de gag. Intubarea **(e)** pacientului poate fi necesară dacă criza convulsivă nu poate fi controlată medical, pacientul este hipoxic sau nu îşi protejează căile respiratorii. La pacientul de mai sus, te-ai aştepta ca criza să înceteze odată cu

administrarea glucozei. În plus, saturația ei de oxigen este de 96%.

254. **Răspunsul este a.** *(Tintinalli, pp. 103-104.)* Căile **respiratorii nazale** sunt realizate dintr-un material flexibil care îi permite să fie plasat în nara unui pacient somnolent cu un **reflex de gag intact.** Căile respiratorii nazale sunt un dispozitiv excelent care poate fi plasat într-un pacient care poate avea tonusul mușchilor faringieni scăzut și un palat și limba moale obstrucționând. Permite aerului să ocolească astfel de obstacole. Pacientul din vinietă este în stare de ebrietate și pare să aibă episoade de obstrucție tranzitorie.

(b) O cale respiratorie orală este un instrument rigid care este utilizat pentru a preveni ocluzia de la baza limbii a hipofaringelui. Ar trebui utilizat pentru a menține căile respiratorii numai la un pacient cu reflex absent. **(c)** Ventilația sac-valvă-mască este utilizată în mod obișnuit pentru a oxigena un pacient în pregătirea pentru o cale respiratorie definitivă, cum ar fi intubația orotraheală. **(d și e)** Masca laringiană și căile traheoesofagiene și respiratorii sunt dispozitive utilizate în mod obișnuit în UR ca dispozitive de salvare în cazul intubației eșuate sau în cadrul prespitalicesc când intubarea orotraheală nu este o opțiune viabilă. Aceste dispozitive sunt concepute pentru a fi plasate la pacienții apneici, inconștienți.

255. **Răspunsul este a.** *(Tintinalli, p 1307.)* Hiperglicemia profundă, absența cetonuriei și nerespectarea medicamentelor pentru diabet ar trebui să vă ridice suspiciunea de **criză hiperosmolară noncetotică (NKHC)** la acest pacient. Această afecțiune este un sindrom de hiperglicemie fără cetoacidoză, deoarece cantități mici de insulină protejează împotriva metabolismului țesutului adipos. Acest sindrom este mai frecvent la diabeticii de tip 2. Cauzele NKHC sunt similare cu cele ale DKA și includ **nerespectarea medicamentelor pentru diabet, infecția, accidentul vascular cerebral și infarctul miocardic (IM).** Pacienții sunt profund deshidratați din cauza diurezei osmotice. Pilonul terapiei NKHC constă în **înlocuirea pierderilor de lichide.** Deficiențele electrolitice trebuie înlocuite și administrată insulină. Deficitul de lichide în NKHC este semnificativ și trebuie corectat lent, deoarece corectarea rapidă poate duce la edem cerebral. Necesarul de insulină în NKHC este de obicei mai mic decât în DKA.

Este important să se obțină teste de diagnostic suplimentare, în funcție de prezentarea pacientului și de suspiciunea unei etiologie subiacente a NKHC. În acest caz, nerespectarea medicamentelor este cea mai probabilă. În alte cazuri, ar putea fi necesară CT capului pentru examinarea patologiei intracraniene **(b)** , ECG pentru evaluarea IM **(c)** sau radiografie toracică și urocultură pentru examinarea etiologiei infecțioase **(d)** . Fără o etiologie infecțioasă, antibioticele cu acoperire largă **(e)** nu sunt necesare la acest pacient.

256. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli, p. 1283.)* Acesta este un caz de **hipoglicemie** ca urmare a **supradozajului cu medicamente hipoglicemiante orale** . Agenţii orali pentru diabetici care provoacă hipoglicemie acţionează prin creşterea secreţiei pancreatice de insulină. Acest grup include sulfoniluree (gliburidă, glipizidă) şi secretagogi nonsulfoniluree (repaglinidă, nateglinidă). Alte cauze comune ale - hipoglicemiei sunt supradozajul cu insulină, abuzul de alcool (inhibarea gluconeogenezei) şi sepsisul. Prezentarea unui pacient hipoglicemic implică, în general, semne şi simptome de disfuncţie a SNC datorită eliberării de hormoni contraregulatori secundar indisponibilităţii glucozei. Simptomele includ anxietate, diaforeza, palpitaţii şi confuzie. Nu vă lăsaţi păcăliţi de creşterea nivelului de glucoză din sânge după administrarea de dextroză în supradozaj cu agenţi hipoglicemici orali. **Hipoglicemia poate dura mai mult de 24 de ore din cauza efectelor pancreatice de lungă durată** şi va reapari după perfuzia de dextroză. Pacienţii trebuie supravegheaţi în spital cu controale frecvente ale glicemiei la pat. Ele pot fi aşezate pe un picurator de dextroză. Se poate administra şi octreotidă, un inhibitor al eliberării insulinei.

Alegerea **(a)** este inadecvată deoarece hipoglicemia va reapari după administrarea unui singur bolus de dextroză. Fluidele IV şi insulina **(c)** sunt tratamente pentru hiperglicemie. Lichidul IV fără dextroză **(d)** nu este util în gestionarea hipoglicemiei. Administrarea cărbunelui activat **(e)** este - recomandată în decurs de o oră după anumite ingerări toxice sau atunci când poate exista o coingestie a unei toxine necunoscute.

257. **Răspunsul este b.** *(Rosen, p. 1260.)* Pacientul are **encefalopatie hepatică** , care este o stare clinică de tulburare a funcţiei cerebrale care apare secundar unei boli hepatice acute sau cronice. Testele de laborator pot fi normale la pacienţi, dar **nivelul seric de amoniac este de obicei crescut. Lactuloza şi neomicina** reprezintă principalii agenţi terapeutici. Lactuloza este un zahăr slab absorbit metabolizat de bacteriile colonice care captează amoniacul şi ajută la excretarea acestuia în scaun. Neomicina este o parte aminoglico slab absorbită despre care se crede că acţionează prin reducerea bacteriilor colonice responsabile de producerea amoniacului. Nu sunt indicate alte antibiotice **(a, c, d** şi **e)** în tratamentul encefalopatiei hepatice.

258. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp. 1445-1455.)* În general, tratamentul farmacologic **de primă linie** la un pacient cu criză activă este o **benzodiazepină parentală,** cum ar fi diazepam (Valium), lorazepam (Ativan) sau mida zolam (Versed). Benzodiazepinele sunt eficiente în încetarea activităţii ictale la 75% până la 90% dintre pacienţi. Diazepamul poate fi administrat intravenos, intramuscular sau prin tub endotraheal. Lorazepam şi midazolam pot fi

administrate intravenos sau intramuscular. Toate trei au o eficacitate similară în încetarea convulsiilor.

Fenitoina **(a)** este un agent de linia a doua care poate fi administrat intravenos Deşi cauza convulsiilor pacientului poate fi din cauza nivelurilor subterapeutice de fenitoină, benzodiazepinele sunt încă terapia de primă linie datorită debutului lor rapid. Debutul diazepamului este de 2 până la 5 minute, în timp ce fenitoina este de 10 până la 30 de minute. În plus, fenitoina necesită cel puţin 20 de minute pentru administrare din cauza potenţialului său de a provoca hipotensiune arterială şi aritmii cardiace. Fenobarbital **(c)** este un agent de linia a treia. Debutul său de acţiune este de 15 până la 30 de minute. Acidul valproic **(d)** este rar utilizat în crizele acute. Litiul **(e)** nu are niciun rol în gestionarea crizelor acute.

259. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp. 2421-2424.)* Această pacientă are **eclampsie postpartum** , care trebuie tratată cu **sulfat de magneziu** şi internare la serviciul obstetrical. Preeclampsia este definită ca hipertensiune arterială de debut (> 140/90 mm Hg) şi proteinurie (1 g/L în specimenul random sau > 3 g/L în 24 de ore). Unii clinicieni folosesc, de asemenea, edemul generalizat ca o cerinţă. Preeclampsia este cea mai frecventă în al treilea trimestru. Eclampsia apare odată cu dezvoltarea convulsiilor sau a comei la un pacient cu preeclampsie. O femeie preeclamptică se poate agrava după naştere şi poate dezvolta eclampsie postpartum târzie, care apare de obicei în primele 24 până la 48 de ore după naştere, dar poate apărea la câteva săptămâni după naştere. Managementul crizelor eclamptice în ED implică administrarea de sulfat de magne siu, despre care se crede că acţionează ca stabilizator al membranei şi vasodilatator , reducând ischemia cerebrală. Deşi sulfatul de magneziu nu este un antihipertensiv direct, hipertensiunea asociată cu eclampsie este adesea controlată adecvat prin tratarea convulsiilor.

(b) Tratarea crizei va scădea, cel mai probabil, tensiunea arterială a pacientului. Mai puţin de 10% dintre pacienţii cu eclampsie necesită terapie antihipertensivă specifică.

(c) Acesta este tratamentul pentru migrene, pe care acest pacient nu îl are. **(d şi e)** Criza acestui pacient este secundară eclampsiei. Tratamentul de primă linie este cu sulfat de magneziu. Dacă criza nu este tratată în ciuda sulfatului de magneziu adecvat, atunci se poate administra o benzodiazepină şi trebuie căutate etiologii ale convulsiilor, altele decât eclampsia.

260. **Răspunsul este b.** *(Rosen, p. 290.)* Pacientul are o triadă de **hipertensiune arterială, bradicardie** şi **depresie respiratorie** , care se numeşte **reflex Cushing** .

Acest lucru se observă la o treime dintre pacienţii cu o **creştere potenţial letală a ICP** . Creşterea ICP poate rezulta din leziuni cerebrale traumatice sau, ca în cazul acestui pacient, din accident vascular cerebral hemoragic şi edem cerebral ulterior. Consumul de tutun şi cocaină sunt factori de risc cunoscuţi pentru accidentul vascular cerebral hemoragic. Creşterea ICP poate duce la hernie cerebrală, care are o rată a mortalităţii apropiată de 100%. Pentru orice şansă de supravieţuire, aceasta trebuie controlată rapid prin intubare, ridicarea capului patului, hiperventilaţie, manitol şi intervenţie neurochirurgicală definitivă.

Sindromul Cushing **(a)** descrie starea hiperadrenală asociată cu producţia crescută de cortizol, care duce la hipertensiune arterială, obezitate trunchială, striuri abdominale şi hirsutism. Semnul Cullen **(c)** este decolorarea purpurie în jurul ombilicului care rezultă din hemoragia intraperitoneală. Triada Charcot **(d)** constituie febră, durere în cadranul superior drept (RUQ) şi icter şi este asociată cu colangită. Semnul Chvostek **(e)** , asociat cu cemia hipocală, este zvâcnirea nasului sau a buzelor cu atingerea nervului facial.

261. **Răspunsul este c.** *(Tintinalli, p. 1415.)* Acest pacient prezintă **sevraj de alcool** . Semnele şi simptomele acestei afecţiuni apar de-a lungul unui continuum care variază de la simple tremurături până la delirium tremens (DT) după reducerea sau încetarea consumului de alcool. Simptomele precoce apar de obicei la 6 până la 8 ore după încetarea consumului de alcool şi implică tremor, anxietate, hipertensiune uşoară şi tahicardie. În cazul sevrajului mai sever, aceste - simptome se agravează şi se pot dezvolta paranoia, halucinaţiile auditive şi vizuale, trecând la DT cu hiperactivitate autonomă severă şi stare mentală profund alterată. DT apar de obicei la 3 până la 5 zile după încetarea consumului de alcool şi prezintă o mortalitate de 5% până la 15% chiar şi cu îngrijiri de susţinere. În plus, crizele de sevraj de alcool pot apărea oriunde între 6 şi 48 de ore după încetarea consumului de alcool. **Benzodiazepinele** sunt pilonul terapiei în sevrajul alcoolic, precum şi în supradozajul simpatomimetic şi sevrajul sedativ-hipnotic.

Acetaminofenul **(a)** şi labetalolul **(e)** ar trata simptomele febrei de grad scăzut şi respectiv al hipertensiunii/tahicardiei, fără a aborda etiologia subiacentă Folatul **(b)** ar trebui administrat tuturor pacienţilor potenţial subnutriţi, în special alcoolicilor, pentru a preveni anemia cu deficit de folat. Dextroza a fost doar administrată de EMS fără ameliorarea simptomelor; cu toate acestea, nivelurile de glucoză **(d)** sunt importante de verificat la toţi pacienţii cu stare mentală alterată.

262. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp 1161-1162.)* Pacientul are **encefalopatie hipertensivă , care este definită de o creştere** rapidă a TA care este însoţită de

modificări neurologice . Pacienţii prezintă de obicei o TA sistolică > 220 mm Hg şi TA diastolică > 110 mm Hg. Constatările neurologice includ dureri de cap severe, vărsături, somnolenţă, confuzie, convulsii, orbire, deficite neurologice focale sau comă. Urgenţa hipertensivă este o urgenţă medicală Scopul terapiei este de a opri şi inversa progresia disfuncţiei organului terminal, menţinând în acelaşi timp perfuzia organelor şi evitând complicaţiile. Reducerea TA trebuie făcută rapid, dar cu atenţie. Este important să evitaţi scăderea presiunii prea scăzută, deoarece aceasta poate duce la ischemie cerebrală. Scopul imediat este de a reduce TA arterială medie cu 20% până la 30% din nivelurile pretratament în prima oră de terapie. Acest lucru poate fi realizat cu **labetalol** , un Ş 1 -, Ş 2 - şi un blocant al receptorilor 1 . Un alt medicament util este nitroprusiatul, care este o alegere mai bună dacă TA pacientului este monitorizată printr-o linie intra-arterială. Nitroprusiatul poate provoca o tahicardie reflexă.

(a) Propofolul este un excelent agent sedativ care are un debut rapid de acţiune şi se metabolizează rapid. De asemenea, se ştie că provoacă hipotensiune arterială şi apnee ca efecte secundare. Cu toate acestea, nu trebuie utilizat ca antihipertensiv din cauza proprietăţilor sale imprevizibile. **(b)** Manitolul este un agent osmotic care este utilizat pentru a scădea ICP la pacienţii cu hernie cerebrală iminentă sau reală. Nu este adecvat ca agent antihipertensiv. **(c)** Diureticele nu sunt utile pentru scăderea acută a TA, dar pot fi începute ca antihipertensiv de întreţinere.

(d) Scăderea TA la 140/80 mm Hg poate provoca ischemie cerebrală. Tensiunea arterială medie ar trebui să fie scăzută doar cu 20% până la 30% în prima oră.

263. Răspunsul este b. *(Rosen, pp. 1527-1538.)* Analiza LCR în **meningita bacteriană** arată de obicei un **număr crescut de leucocite** cu **leucocite polimorfonucleare** predominante . **Proteinele sunt crescute şi glucoza este scăzută** . O colorație Gram poate prezenta bacterii. Cel mai specific marker pentru diagnostic este o cultură pozitivă. Testele care evaluează prezenţa antigenului în LCR (de exemplu, studiile de aglutinare cu latex) sunt deosebit de utile în diagnosticul meningitei bacteriene parţial tratate.

(a) Meningita TB se prezintă de obicei cu mai puţin de 1000 WBC/ pL cu predominanţă monocitară. Simptomele sunt, în general, de natură insidioasă,

Test	Normal	Bacterian	Viral	ciuperca	TB
Proteină	< 50	> 200	< 200	> 200	> 200
Glucoză	> 40	< 40	> 40	< 40	< 40
leucocite	< 5	> 1000	< 1000	< 500	< 1000

Tipul celulei	Monos	> 50%	Monos	Monos	Monos
Pata Gram	Neg	Poz	Neg	Neg	Poz (AFB)

de obicei, nu apar decât după ce a trecut o săptămână. **(c)** În meningita virală, numărul leucocitelor din lichidul cefalorahidian (LCR) este alcătuit din limfocite sau monocite, dar la începutul bolii pot predomina polis. Glucoza din LCR este normală, iar proteinele sunt crescute în meningita virală. O coloraţie Gram va fi negativă , iar cultura nu va prezenta creştere. **(d)** Meningita fungică este rară şi se prezintă în general la pacienţii imunocompromişi. LP evidenţiază de obicei < 500/ p L WBC. **(e)** Encefalita este diagnosticată prin cultură de LCR sau analiză serologică a LCR care arată că sângele este suspect pentru encefalită herpetică.

264. **Răspunsul este c.** *(Tintinalli, pp. 169-171.)* **Hiponatremia** este definită ca un sodiu seric măsurat mai mic de 135 mEq/L. Cu toate acestea, dezvoltarea simptomelor secundare hiponatremiei este legată mai mult de rata de modificare a sodiului seric decât de valoarea absolută. Niveluri mai mici de 120 mEq/L tind să provoace simptome, indiferent de rata de atingere a acestei valori. Simptomele pot include confuzie, letargie, greaţă, vărsături, anorexie, crampe musculare şi convulsii. Există multe cauze ale hiponatremiei, inclusiv pierderi renale sau gastrointestinale, spaţierea a treia, anomalii endocrine, sindromul de eliberare inadecvată a hormonului antidiuretic (SIADH), ciroza, ICC şi sindromul nefrotic . Multe medicamente provoacă SIADH, pe lângă bolile pulmonare şi ale SNC. Acest pacient, în special, tocmai a început chimioterapia pentru cancerul pulmonar. Tratamentul hiponatremiei este ghidat de cauza procesului. Cu toate acestea, dacă un pacient este simptomatic (de exemplu, convulsii), **soluţie salină hipertonică (3%)** trebuie administrată cu atenţie pentru a creşte sodiul seric la 120 mEq/L. O complicaţie cunoscută a soluţiei saline hipertonice atunci când este administrată prea repede şi nivelul de sodiu creşte rapid este dezvoltarea mielinozei pontine centrale.

(a şi b) 0,45% şi 0,9% nu oferă cantităţi adecvate de sodiu pentru a creşte nivelul seric şi pot provoca de fapt o scădere a sodiului seric în anumite condiţii. **(d şi e)** Dextroza este tratamentul de elecţie pentru pacienţii cu hipoglicemie.

265. **Răspunsul este c.** *(Tintinalli, p. 1046.) Sindromul* **neuroleptic malign (SNM)** este o reacţie rară, dar potenţial fatală, asociată frecvent cu utilizarea **medicamentelor antipsihotice** . Triada clasică pentru prezentarea sa clinică - include **starea mentală alterată, hipertermia şi rigiditatea musculară** . Piatra de temelie a tratamentului este îngrijirea de susţinere cu răcire rapidă, completare cu fluide şi electroliţi şi monitorizare. **Dantrolenul** , un relaxant nespecific al muşchilor scheletici, utilizat în general în tratamentul hipertermiei maligne , este de asemenea eficient pentru NMS. În plus, benzodiazepinele sunt utile în

tratamentul SNM. Agentul ofensator trebuie întrerupt.

(a şi b) Acestea sunt ambele medicamente antipsihotice care pot agrava simptomele SNM şi nu trebuie administrate. **(d)** Difenhidramina, un anticolinergic, trebuie evitată, deoarece este ineficientă şi poate agrava reacţia prin interferarea cu reglarea temperaturii. **(e)** Acetaminofenul, un antipiretic, poate ajuta la scăderea temperaturii. Cu toate acestea, NMS este un proces mediat central. Răcirea externă este mai eficientă.

266. **Răspunsul este a.** *(Tintinalli, p 1015.)* Acest pacient prezintă triada clasică a **encefalopatiei Wernicke (WE): confuzie, ataxie şi oftalmoplegie.** WE este un rezultat al **deficienţei de tiamină** care duce la scăderea metabolismului glucozei şi la distrugerea neuronelor, în principal în cerebel, hipotalamus, sistemul vestibular şi memorie. Se găseşte în mod obişnuit la **alcoolicii cronici** cauzate de deficienţa nutriţională, dar poate apărea şi în alte stări de malnutriţie, sarcină, vărsături persistente sau dializă. WE putem imita simptomele acute ale accidentului vascular cerebral şi pot duce la nistagmus permanent şi ataxie. Are o mortalitate de 10% până la 20% dacă nu este tratată.

Constatările examinării oculare în WE includ nistagmus orizontal, paralizia privirii verticale sau paralizia nervului cranian VII. Distrugerea cerebeloasă se prezintă cu mers ataxic, lat. WE este un diagnostic clinic. Deficitul de tiamină poate duce, de asemenea, la dezvoltarea insuficienţei cardiace cu putere mare şi a sindromului Korsakoff. Tratamentul este suplimentarea parenterală cu tiamină.

Sindromul Korsakoff **(b)** este un alt semn al deficitului de tiamină şi implică dezorientare şi confabulare. Hidrocefalie cu presiune normală
(c) se prezintă cu demenţă, mers ataxic şi incontinenţă urinară. CT cap arată ventricule mari. Vertijul central **(d)** este cauzat de leziuni ale trunchiului cerebral sau cerebelului. Se asociază cu nistagmus vertical sau rotativ şi greaţă şi vărsături. Sevrajul de alcool **(e)** se prezintă de obicei cu hiperactivitate simpatică şi a SNC.

267. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli, p. 1113.)* Pacientul are **hiperactivitate autonomă şi SNC indusă de cocaină** care provoacă agitaţie, paranoia şi o stare hiperadrenergică. Manifestările mai severe ale SNC ale intoxicaţiei cu cocaină includ hipertermie, hemoragie intracraniană, convulsii, infarcte ale măduvei spinării şi reacţii distonice acute. Efectele cocainei asupra SNC sunt gestionate cu **benzodiazepine,** care scad tonusul simpatic şi previn hipertermia şi convulsii.

(a) Blocanţii receptorilor Ș -adrenergici scad HR şi TA În acest caz, administrarea de metoprolol nu abordează însă cauza de bază a hiperactivităţii

adrenergice Mai important, blocarea receptorilor Ș -adrenergici în intoxicația cu cocaină lasă neopoziți receptorii Ș -adrenergici stimulați, agravând astfel vasoconstricția. Prin urmare, utilizarea blocantului receptorilor Ș în otrăvirea cu cocaină este contraindicată. Acetaminofenul **(c)** nu este de ajutor în această situație. Febra sau hipertermia în intoxicația cu cocaină este cauzată de stimularea hipotalamică și nu din cauza mediatorilor inflamatori. Hipertermia trebuie tratată cu metode de răcire, cum ar fi pulverizarea cu ceață rece sau imersia în baie de gheață. Litiul **(d)** este utilizat în mod obișnuit în tratarea -tulburărilor afective depresive și bipolare. Nu are niciun rol în tratamentul acut al intoxicației cu cocaină. Specialiștii în abuz de droguri **(e)** ar trebui consultați atunci când pacientul este autorizat din punct de vedere medical.

268. **Răspunsul este c.** *(Tintinalli, p. 1046.)* Pacientul prezintă un SMN rar, dar care poate pune viața în pericol. **Medicamentele antipsihotice (de exemplu, haloperidolul)** sunt cei mai frecventi agenți infractori în dezvoltarea SNM, cauzând epuizarea **centrală a dopaminei.** Tulburarea este caracterizată de obicei prin **hipertermie, rigiditate musculară, stare mentală alterată** și **instabilitate autonomă.** Deoarece NMS are o mortalitate ridicată, este important să se trateze agresiv cu relaxanți musculari, cum ar fi benzodiazepine IV, dantrolen și agoniști dopaminergici.

Infecția tractului urinar **(a)** la un pacient debilitate sau la un azil de bătrâni poate duce cu ușurință la starea mentală alterată și sepsis. Rigiditatea musculară a pacientului nu se potrivește însă cu acest diagnostic. Prezentarea hipertermiei maligne (**b)** este similară cu NMS, implicând și hipertermie și rigiditate musculară. Este cauzată de agenți anestezici, pe care acest pacient nu i-a primit. Dantro lene este folosit si pentru relaxarea musculara in hipertermia maligna. AVC recurent **(d)** este puțin probabil în această prezentare cu hipertermie și rigiditate musculară. Constatările motorii din partea dreaptă la examinare sunt deficite reziduale din vechiul accident vascular cerebral. Meningoencefalita **(e)** este cu siguranță mare pe diferența la acest pacient, dar este puțin probabil să provoace rigiditate musculară generalizată. Se prezintă de obicei cu febră, cefalee, rigiditate nucală, stare mentală alterată și semne neurologice focale.

269. **Răspunsul este e.** *(Tintinalli, p. 1378.)* Diagnosticul cel mai probabil la acest pacient este o **leziune care ocupă spațiu** în **lobul frontal al creierului.** Tumorile cerebrale se pot prezenta cu **dureri de cap matinale asociate cu greață și vărsături.** Examenul neurologic este normal la majoritatea pacienților. Papiledemul ar putea oferi un indiciu important privind creșterea ICP și prezența unei mase cerebrale. Tumorile lobului frontal implică de obicei **modificări de personalitate,** așa cum se observă la acest pacient.

Migrenele **(a)** sunt dureri de cap recurente care pot fi unilaterale sau bilaterale. Ele apar cu sau fără prodrom. Aura unei migrene poate consta în simptome neurologice, cum ar fi ameţeli, tinitus, scotoame, fotofobie sau scintilaţii vizuale. Durerile de cap persistente matinale şi modificările de personalitate în acest caz sunt inconsistente cu diagnosticul de cefalee tensională **(b)** . Cefaleea tensională este descrisă ca durere bilaterală asemănătoare presiunii, care nu se agravează cu activitatea şi este asociată cu stresul. Durerile de cap la pacienţii cu vârsta peste 50 de ani sunt neobişnuite şi trebuie luate în serios şi bine evaluate. Hemoragia subarahnoidiană **(c)** se prezintă de obicei cu cefalee severă cu debut acut, descrisă în mod clasic drept „cea mai mare durere de cap din viaţa mea", cu greaţă şi vărsături asociate. Pseudotumor cerebri **(d)** sau hipertensiunea intracraniană benignă este o tulburare observată la femeile tinere obeze care se plâng de dureri de cap cronice.

270. **Răspunsul este b.** *(Morris, 2006.)* Eclampsia se dezvoltă după a 20-a săptămână de gestaţie şi este considerată o complicaţie a preeclampsiei severe . Progresia de la preeclampsie severă la convulsii şi comă este considerată a fi rezultatul encefalopatiei hipertensive, ischemiei corticale asociate edemului vasogen, edemului sau hemoragiei. Prin urmare, ar trebui să se obţină rapid un CT al capului. Eclampsia este un diagnostic clinic cu pacienţii care au convulsii fără semne de etiologie a SNC, metabolică sau orice altă etiologie convulsivă. Majoritatea pacienţilor au TA sistolică mai mare de 160 mm Hg sau TA diastolică mai mare de 110 mm Hg şi proteinurie; cu toate acestea, eclampsia poate apărea cu TA minim crescută - sau crescută, comparativ cu valoarea iniţială - şi fără proteinurie. Dovezile de afectare a organelor terminale înainte de dezvoltarea convulsiilor sunt frecvente. Simptomele includ modificarea stării mentale, dureri de cap, tulburări de vedere şi dureri abdominale; semnele includ hemoliza, afectarea funcţiei hepatice cu niveluri crescute ale enzimelor hepatice, trombocite scăzute (HELLP), hemoconcentraţie, proteinurie, oligurie, edem pulmonar, edem periferic generalizat, anemie hemolitică microangiopatică şi întârziere a creşterii fetale. Eclampsia este cel mai frecventă în perioada antepartum, dar 20% până la 25% din cazuri apar în perioada postpartum. Deşi eclampsia postpartum poate apărea la 3 săptămâni după naştere, majoritatea cazurilor (98%) apar în prima zi postpartum. Eclampsia nu este cauza crizelor care apar în timpul primului trimestru sau chiar în perioada postpartum. Aceste crize sunt sugestive pentru o patologie a SNC.

O hemoleucogramă completă **(a)** şi LP **(c)** sunt utile dacă există îngrijorare pentru o etiologie infecţioasă a crizei, cum ar fi meningita. În plus, dacă sunteţi îngrijorat de sindromul HELLP, este necesară o hemoleucogramă completă.
(d) Nu este necesară o analiză de urină pentru a stabili diagnosticul de

eclampsie, deoarece proteinuria poate apărea sau nu. O analiză de urină poate fi folosită pentru a exclude o infecţie a tractului urinar. Un **(e)** ECG trebuie obţinut pentru a finaliza evaluarea pacientului, dar poate aştepta până după CT cap.

271. **Răspunsul este e.** *(Tintinalli, p. 1346.)* Acest pacient prezintă patru din cele cinci simptome asociate clasic cu **TTP.** Acestea includ **trombocitopenia, anemie hemolitică, deficite neurologice, insuficienţă renală şi febră.** TTP se dezvoltă odată cu depunerea catenei de fibrină în vasele mici care atrag trombocitele ducând la trombi trombocite şi trombocitopenie. RBC care trec sunt tăiate în vasele ocluzate, rezultând anemie hemolitică microangiopatică. Insuficienţa renală şi neurologică apar ca urmare a depunerii trombilor în circulaţiile respective. Plasmafereza scade mortalitatea TTP de la 90% la 10%. Terapiile adjuvante includ infuzia de plasmă proaspătă congelată şi steroizi. Este important de realizat că, deşi pacienţii pot avea trombocitopenie severă, perfuzia de trombocite este contraindicată deoarece exacerbează ciclul de bază al trombogenezei. Factorii de risc pentru TTP includ sarcina, tulburările autoimune, medicamentele, infecţia şi malignitatea. Sindromul hemolitic-uremic (HUS) este o entitate strâns înrudită, observată de obicei la copii. Există o disfuncţie renală pronunţată fără alterare a mentalităţii.

Purpura Henoch-Schonlein (HSP) **(a)** este o vasculită a vaselor mici observată mai ales la copii şi asociată cu o boală anterioară a căilor respiratorii superioare la aproximativ 50% dintre pacienţi. Se caracterizează prin purpură, de obicei extremităţi inferioare, dureri abdominale şi hematurie. Coagularea intravasculară diseminată (CID) **(b)** este o stare coagulopatică declanşată de traume majore, infecţie, malignitate , medicamente sau complicaţii ale sarcinii. Procesul de bază activează cascada de coagulare care duce la tromboză difuză şi coagulopatie pe măsură ce trombocitele şi factorii de coagulare sunt consumaţi. Pacienţii cu DIC au sângerare gastrointestinală abundentă sau la locul de puncţie, timpi PT/PTT marcat prelungiţi, trombocitopenie şi produse de fibrină divizată crescute. Managementul DIC implică tratamentul tulburării de bază şi înlocuirea componentelor cascadei de coagulare epuizate. Boala Von Willebrand **(c)** este cea mai frecventă tulburare de sângerare şi implică deficienţa sau defectul factorului marca von Wille, care în mod normal ajută la aderenţa trombocitelor şi poartă factorul VIII în plasmă. Boala Von Willebrand se prezintă clinic cu sângerare gastrointestinală, epis taxis, vânătăi uşoare şi sângerare prelungită. Purpura trombocitopenică idiopatică (ITP) **(d)** este o tulburare de distrugere a trombocitelor mediată de anticorpi. Este acută la copii, de obicei în urma unei infecţii virale şi este cronică la adulţi care necesită adesea splenectomie pentru tratament definitiv.

272. **Răspunsul este a.** *(Tintinalli, p. 397.)* Acest pacient se prezintă cu cefalee şi

stare mentală alterată în contextul hipertensiunii arteriale severe, ducând la diagnosticul de **encefalopatie hipertensivă.** O urgenţă hipertensivă este definită de hipertensiune arterială severă cu dovezi de disfuncţie de organ. TA trebuie să fie agresiv, dar scăzută cu atenţie pentru a preveni sângerarea cerebrală şi progresia spre comă şi moarte. Pacienţii pot prezenta, de asemenea, convulsii, deficite neurologice focale, modificări ale acuităţii vizuale sau comă. Pacienţii cu encefalopatie hipertensivă sunt trataţi cu **medicamente antihipertensive IV cu durată scurtă de acţiune, cum ar fi nitroprusiatul** IV sau labetalolul. TA nu trebuie redusă semnificativ, deoarece poate duce la hipoperfuzie cerebrală şi infarct. De obicei, presiunea arterială medie (MAP) este scăzută cu 20% până la 25% în prima oră de tratament.

Sulfatul de magneziu **(b)** este utilizat în tratarea hipertensiunii arteriale şi a convulsiilor în eclampsie. Nu este util în alte situaţii de urgenţă hipertensive. Metoprololul **(c)** este un agent util pentru hipertensiune arterială, dar nu este util în situaţiile care necesită un control rapid şi precis al TA. Hidroclorotiazida **(d)** este un agent bun pentru controlul hipertensiunii cronice. Nu oferă un control rapid şi precis al TA necesar în acest caz. Obţinerea unui CT cap **(e)** ar trebui luată în considerare la acest pacient, deoarece hemoragia intracraniană şi tumora cerebrală sunt în diagnosticul diferenţial.

273. **Răspunsul este e.** *(Tintinalli, p. 1409.)* Aceasta este o **criză parţială complexă,** cunoscută şi sub numele de criză temporală; deşi nu îşi are originea neapărat în lobul temporal. Se caracterizează prin **descărcări electrice focale** (convulsii parţiale), cum ar fi activitatea clonică a picioarelor şi **alterarea conştiinţei .**

Crizele convulsive Petit mal **(a)** , cunoscute şi sub denumirea de crize de absenţă, implică pierderea bruscă şi scurtă a conştienţei, fără pierderea tonusului postural. Pacienţii par detaşaţi sau retraşi şi nu răspund la stimulare. Convulsiile pot fi frecvente şi apar în mod clasic la copii. O criză tonic-clonică generalizată **(b)** implică atât emisferele, cât şi pierderea cunoştinţei (componentă generalizată) şi activitatea clonică a extremităţilor. Criza parţială cu generalizare secundară **(c)** începe cu o activitate anormală focală care se extinde pentru a implica cortexul bilateral şi imită o criză generalizată. O criză parţială simplă **(d)** este o activitate anormală focală şi o conştiinţă intactă.

274. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp. 172-178.)* Medicul de urgenţă se confruntă adesea cu diferenţierea dacă cauza pierderii cunoştinţei unui pacient este rezultatul unei sincope sau a unei **convulsii.** Etiologia cea mai probabilă a simptomelor acestei paciente se află în istoria pe care o dă. Îţi spune că **nu şi-a luat medicamentele anticonvulsivante** în 2 zile. De asemenea, având în vedere starea ei psihică în evoluţie şi îmbunătăţirea vigilenţei, această pacientă s-a

prezentat cel mai probabil într-o stare postictală după ce a făcut convulsii. Fără un deficit focal şi o îmbunătăţire suplimentară a statusului ei mental, cineva ar putea fi confortabil cu acest diagnostic. Trebuie efectuată testarea serică a nivelurilor de medicamente antiepileptice pentru a investiga în continuare această suspiciune. O CT a capului, ECG şi investigaţii suplimentare sunt justificate dacă aceste niveluri sunt normale şi nu explică pierderea conştienţei.

Alte cauze neurologice, cum ar fi un accident vascular cerebral (ACV) **(a)** şi atacul ischemic tranzitoriu (TIA) **(b),** ar trebui să fie, de asemenea, în diferenţă. Simptomele tipice de TIA includ orice simptom neurologic, care se ameliorează în 30 de minute. În acest caz însă, istoricul şi prezentarea pacientului exclud cel mai probabil acest diagnostic. Posibilitatea ca ea să aibă un accident vascular cerebral este şi mai mult diminuată de examenul neurologic normal. Acest pacient nu s-a plâns de niciun simptom toracic sau abdominal **(d şi e)** , care plasează disecţia aortică şi embolul pulmonar mai jos pe lista diferenţială.

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

Sângerare gastrointestinală

Întrebări

275. *Un* bărbat de 51 de ani este adus la Urgențe de către serviciile medicale de urgență (EMS) cu o tensiune arterială (TA) de 90/60 mm Hg, ritm cardiac (FC) de 110 bătăi pe minut, frecvență respiratorie (RR) de 18 respirații pe minut și o saturație de oxigen de 97% în aerul camerei. Pacientul vă spune că are antecedente de ulcere hemoragice. La examinare, abdomenul său este sensibil în zona epigastrică. Este guaiac pozitiv, cu scaun negru. Are o criză de hematemeză și observați că TA este acum de 80/50 mm Hg, HR este de 114 bătăi pe minut, deoarece începe încet să se îndepărteze. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în terapie?

a. Se evaluează căile respiratorii, se stabilesc două linii intravenoase (IV) cu diametru mare, se potrivesc două unități de sânge, se administrează 1 până la 2 L de soluție salină normală și se programează o endoscopie de urgență.
b. Se evaluează căile respiratorii, se stabilesc două IV-uri cu diametru mare, se potrivesc două unități de sânge și se administrează un inhibitor al pompei de protoni.
c. Puneți două IV-uri cu diametru mare, potriviți pentru două unități de sânge, administrați 1 până la 2 L de soluție salină normală și programați o endoscopie de urgență.
d. Intubați pacientul, stabiliți două IV cu diametru mare, potriviți încrucișați pentru

două unități de sânge, administrați 1 până la 2 L de soluție salină normală și programați o endoscopie de urgență

e. Se intubate pacientul, se stabilesc două IV-uri cu diametru mare, se potrivesc două unități de sânge și se administrează un inhibitor al pompei de protoni.

276. O femeie în vârstă de 45 de ani se prezintă la urgență cu 1 zi de sângerare rectală dureroasă. Revizuirea sistemelor este negativă pentru pierderea în greutate, dureri abdominale, greață și vărsături. La examinarea fizică, observați o umflătură delicată cu ingurgitare și o decolorare albăstruie distal de marginea anală. Semnele ei vitale sunt HR 105 bătăi pe minut, TA 140/70 mm Hg, RR 18 respirații pe minut și temperatura 99 ° F. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai bun în management?

a. Recomandați băi calde de șezut, analgezice topice, balsamuri pentru scaune, o dietă bogată în fibre și aranjați o intervenție chirurgicală.
b. Incizie și drenaj sub anestezie locală sau sedare procedurală urmate de ambalare și urmărire chirurgicală.
c. Obțineți un număr complet de celule sanguine (CBC), studii de coagulare, tip și încrucișare și aranjați pentru colonoscopie emergentă.
d. Excizie sub anestezie locală urmată de băi de șezut și analgezice.
e. Consultatie chirurgicala pentru management operator imediat.

277. Un bărbat în vârstă de 20 de ani se prezintă la urgență cu febră și dureri severe în cadranul inferior drept (RLQ) timp de 1 zi. Înainte de acest episod, el raportează 2 luni de dureri abdominale cu crampe, stare generalizată de rău, o scădere în greutate de 10 lb și ocazional diaree cu sânge. La examinare, HR este de 115 bătăi pe minut, TA este de 125/70 mm Hg, RR este de 18 respirații pe minut și temperatura este de 100,8 ° F Singurul istoric medical semnificativ al său este abcesele perirectale recurente. La examenul fizic, pacientul pare inconfortabil si are o masa sensibila in RLQ, fara paza sau rebound. Examenul rectal este pozitiv pentru urme de scaun hem-pozitiv. O tomografie computerizată (CT) abdominală nu evidențiază nicio înșurubare de grăsime peri-apendiculară. Există o inflamație a ileonului distal și a mai multor zone ale colonului. Nu există modificări inflamatorii rectale. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. boala Crohn (CD)
b. Colita ulcerativa (CU)
c. Apendicită
d. Enterocolită pseudomembranoasă

e. Diverticulita

278. Un bărbat în vârstă de 62 de ani, cu antecedente de hipertensiune arterială, se prezintă la urgenţă cu dureri epigastrice medii constante severe în ultima oră. În ultimele câteva luni, a avut dureri intermitente la scurt timp după ce a mâncat, dar niciodată atât de severe. El afirmă că acum are dureri abdominale generalizate care au început brusc în urmă cu aproximativ 15 minute. Nu are antecedente de traumă, nu a suferit nicio intervenţie chirurgicală şi nu ia medicamente. Elementele sale vitale includ o HR de 115 bătăi pe minut în decubit dorsal, crescând la 135 când stă în picioare, TA de 170/105 mm Hg în decubit dorsal, care scade la 145/85 mm Hg când stă în picioare. El pare palid. Abdomenul său este rigid şi sensibil sensibil, cu pază şi recul. Zgomotele intestinale sunt absente, iar hemocultul scaunului este pozitiv. Numărul de globule albe (WBC) este de 8500/ p L, hemoglobină 8,5 mg/dL, hematocrit 27% şi trombocite 255/ p L. Care dintre următoarele este cel mai probabil diagnosticul?

a. sindromul Boerhaave
b. Ulcer gastric perforat
c. Anevrism de aortă abdominală (AAA)
d. Boala inflamatorie intestinală (IBD)
e. Diverticuloza

279. Un bărbat în vârstă de 60 de ani cu antecedente de abuz de alcool se prezintă la UR cu hematemeză timp de 1 zi. Neagă durerile abdominale sau toracice. La examinarea fizică, ochii lui par înroşiţi, pe care îl atribuie că a băut puternic cu o noapte înainte (de asemenea, dezvăluie vărsături de mai multe ori după această recentă exfaţă). Semnele vitale sunt: HR 115 bătăi pe minut, TA 130/85 mm Hg, RR 18 respiraţii pe minut şi temperatura 99,5 ° F. Radiografia toracică este neremarcabilă. Rezultatele de laborator relevă un WBC 10.000/ p L, hemoglobină 14 mg/dL, hematocrit 40% şi trombocite 210/ p L. Ce diagnostic este cel mai probabil să confirme evaluarea endoscopică?

a. Varicele esofagiene
b. sindromul Boerhaave
c. Ulcer curling

d. Ulcer gastric perforat
e. lacrimă Mallory-Weiss

280. Un bărbat de 50 de ani este adus la urgenţă cu ambulanţa cu hematemeză semnificativă. În ambulanţă, paramedicii au plasat două IV cu diametru mare şi au început să perfuzeze soluţie salină normală. În ED, HR este de 127 de bătăi pe minut, TA este de 79/45 mm Hg, temperatura este de 97,9 ° F, RR este de 24 de respiraţii pe minut şi saturaţia de oxigen este de 96%. La examenul fizic, abdomenul lui nu este sensibil, dar observaţi angiomate de păianjen, eritem palmar şi mastie gineco. Rezultatele de laborator evidenţiază leucocite 9000/pL, hematocrit 28%, trombocite 40/pL, aspartat transaminaza (AST) 675 U/L, alanin transaminaza (ALT) 325 U/L, fosfatază alcalină 95 U/L, bilirubină totală 14,4 mg/l, bilirubină totală 14,4 mg/l bilirubină. sodiu 135 mEq/L, potasiu 3,5 mEq/L, clorură 110 mEq/L, bicarbonat 26 mEq/L, azot ureic din sânge (BUN) 20 mg/dL, creatinina 1,1 mg/dL şi glucoză 150 mg/dL. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Ulcer gastric perforat
b. Diverticuloza
c. Lacerarea splinei
d. Varicele esofagiene
e. AAA rupt

281. Un bărbat de 55 de ani este adus la urgenţă de către familia sa. Aceştia afirmă că a vărsat cantităţi mari de sânge roşu aprins. Pacientul este alcoolic cu boală hepatică cirotică şi antecedente de hipertensiune portală şi varice esofagiene. La sosire, valorile sale vitale sunt HR 110 bătăi pe minut, TA 80/55 mm Hg, RR 22 respiraţii pe minut şi temperatura 99 ° F Pacientul pare palid şi este într-o suferinţă moderată. Care dintre următoarele este o opţiune *nepotrivită în tratamentul iniţial* al unui pacient hipotensiv cu antecedente de varice esofagiene cunoscute care se prezintă cu hematemeză?

a. Amplasarea tubului Sengstaken-Blakemore
b. Două linii IV cu diametru mare şi completarea volumului cu soluţii cristaloide
c. Lavaj nazogastric (NG).
d. IV octreotidă

e. Consult gastrointestinal (GI).

282. O femeie în vârstă de 70 de ani se prezintă la urgenţă cu scaun închis la culoare timp de 3 săptămâni. Ea observă ocazional sânge roşu aprins amestecat cu scaunul. Revizuirea sistemelor este pozitivă pentru scăderea poftei de mâncare, constipaţie şi o pierdere în greutate de 10 lb în 2 luni. Ea neagă durerile abdominale, greaţa, vărsăturile şi febra, dar simte slăbiciune şi oboseală crescute. Ea descrie, de asemenea, o tuse raspătoare cu producţie de spută albă în ultimele 2 săptămâni. Examinarea dezvăluie o femeie palidă cu o TA în decubit dorsal de 115/60 mm Hg, HR de 90 bătăi pe minut. TA în picioare este de 100/50 mm Hg, cu un puls de 105 bătăi pe minut. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Hemoroizi
b. Diverticulita
c. lacrimă Mallory-Weiss
d. Diverticuloza
e. Adenocarcinom

283. O femeie în vârstă de 76 de ani cu antecedente de insuficienţă cardiacă congestivă, boală coronariană şi „bătăi neregulate ale inimii" este adusă la urgenţă de familia ei. Ea s-a plâns de dureri abdominale în creştere în ultimele câteva zile. Ea neagă greaţa sau vărsăturile şi mişcările intestinale rămân neschimbate. Valorile vitale sunt HR de 114 bătăi pe minut, TA 110/75 mm Hg şi temperatura 98 ° F La examinarea cardiacă, HR ei este neregulat neregulat, fără suflu detectat. Abdomenul este moale, nesensibil şi nedistendit . Scaunul este hem-pozitiv. Acest pacient prezintă un risc ridicat pentru care dintre următoarele afecţiuni?

a. Ulcer gastric perforat
b. Diverticulita
c. Colecistita acuta
d. Ischemie mezenterica
e. Volvul sigmoid

284. O femeie în vârstă de 70 de ani cu antecedente de hipertensiune arterială, insuficienţă cardiacă congestivă şi fibrilaţie atrială se prezintă la UR cu câteva ore de durere abdominală difuză acută. Ea neagă orice greaţă sau vărsături. Durerea este constantă, dar nu o poate localiza. A fost diagnosticată cu o tromboză a arterei renale în urmă cu câţiva ani. Semnele vitale includ FC de 95 de bătăi pe minut, TA de 110/70 mm Hg şi temperatură de 98 ° F Abdomenul ei este moale şi uşor sensibil, în ciuda durerii abdominale severe raportate. Numărul ei de leucocite este de 12.000/pL, hematocritul 38%, trombocite 250/pL şi lactat 8 mg/dL. Scaunul este hemo-pozitiv. Sunteţi îngrijorat de ischemia mezenterică acută. Care este cel mai bun mod de a diagnostica această afecţiune?

a. Nivelurile de lactat seric
b. Radiografie abdominală (decubit dorsal şi vertical)
c. scanare CT
d. Angiografie
e. Studiu de contrast cu bariu

285. Un bărbat de 55 de ani cu hipertensiune arterială şi boală renală în stadiu terminal care necesită hemodializă prezintă 2 zile de hematohezie nedureroasă. El raportează episoade similare de sângerare în trecut, care au fost atribuite angiodisplaziei. El neagă durerile abdominale, greaţa, vărsăturile, diareea şi febra. Elementele vitale includ HR de 90 de bătăi pe minut, TA de 145/95 mm Hg, RR de 18 respiraţii pe minut şi temperatura de 98 ° F Abdomenul său este moale şi nesensibil, iar scaunul său este extrem de pozitiv pentru sânge. Care dintre următoarele afirmaţii sunt adevărate cu privire la angiodisplazie?

a. Ele sunt responsabile pentru peste 50% din sângerările acute ale intestinului inferior.
b. Sunt mai frecvente la pacienţii mai tineri.
c. Angiografia este cea mai sensibilă metodă de identificare a angiodisplaziilor.
d. Sunt mai puţin frecvente la pacienţii cu boală renală în stadiu terminal.
e. Majoritatea angiodisplaziilor sunt situate pe partea dreaptă a colonului.

286. Un bărbat de 49 de ani este adus la urgenţă de către EMS, declarând că a vărsat aproximativ trei căni de sânge în ultimele 2 ore. De asemenea, se plânge de dureri epigastrice. În timp ce examinează pacientul, acesta are un alt episod de hematemeză. Decizi să plasezi un tub NG. Introduceţi tubul, confirmaţi plasarea acestuia şi ataşaţi-l la aspiraţie. Recuperi 200 ml de sânge măcinat de cafea. Care este cea mai frecventă etiologie a unei sângerări gastrointestinale superioare?

a. Varicele
b. Ulcer peptic
c. Eroziuni gastrice lacrima Mallory-Weiss Esofagita
d.
e. **287.** Un bărbat de 68 de ani se prezintă la UR la 4 ore după ce a fost efectuată o endoscopie superioară timp de 5 luni de disfagie progresivă. În timpul procedurii, a fost găsită o leziune ulcerată de 1 cm şi a fost biopsiată. Acum, pacientul se plânge de dureri severe de gât şi piept. Elementele vitale ale lui sunt următoarele: TA 135/80 mm Hg, HR 123 bătăi pe minut, RR 26 respiraţii pe minut şi temperatură 101 ° F La examenul fizic, el apare diaforetic şi în suferinţă moderată, cu crepitus în gât şi un zgomot de zgomot peste inimă. Obţineţi o - electrocardiogramă (ECG), care este notabilă pentru tahicardia sinusală. După obţinerea unui consult chirurgical, care dintre următoarele este următorul pas cel mai bun în management?

a. Efectuaţi imediat o bronhoscopie.
b. Daţi aspirină 325 mg şi obţineţi un consult de cardiologie pentru un posibil cateterism cardiac.
c. Repetaţi endoscopia pentru a evalua locul biopsiei.
d. Efectuaţi imediat o toracotomie.
e. Comandaţi imediat o esofagramă cu agent solubil în apă.

288. Un bărbat în vârstă de 65 de ani cu antecedente de sângerare rectală nedureroasă ocazională prezintă 2 până la 3 zile de durere RLQ constantă, surdă. De asemenea, se plânge de febră, greață și scăderea apetitului. El a făcut o colonoscopie în urmă cu 2 ani care a fost semnificativă pentru diverticulii sigmoizi și cecali, dar în rest normal. La examenul fizic, are sensibilitate RLQ cu revenire și pază . Elementele vitale ale acestuia includ HR de 95 de bătăi pe minut, TA de 130/85 mm Hg și temperatură de 101,3 ° F. CT abdominal demonstrează prezența diverticulilor sigmoid și cecali, inflamația grăsimii pericolice, îngroșarea peretelui intestinal și un apendice plin de lichid. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Externarea pacientului cu antibiotice orale cu spectru larg și urmărire chirurgicală.
b. Începeți hidratarea IV și antibioticele cu spectru larg, păstrați pacientul npo (nimic pe gură) și internați pacientul la spital.
c. Începeți administrarea de antibiotice IV și apelați un consult chirurgical pentru o procedură chirurgicală de urgență.
d. Aranjați o clisma de bariu emergentă pentru a confirma diagnosticul.
e. Începeți cu sulfasalazină 3 până la 4 g/zi împreună cu terapia cu steroizi IV

289. Un bărbat de 20 de ani prezintă câteva săptămâni de sângerare rectală dureroasă. Neagă febra, greața sau vărsăturile. El este activ sexual numai cu femei și folosește de obicei prezervative. El neagă orice antecedente de CD, UC sau malignitate. El afirmă că durerea este cea mai severă în timpul și imediat după defecare. Sângerarea este roșu aprins și doar suficient pentru a păta hârtia igienică. Care dintre următoarele este cea mai frecventă etiologie a sângerării rectale dureroase?

a. Hemoroizi externi
b. Fisura anale
c. Tumora anorectala
d. Hemoroizi interni
e. Proctită venerică

290. O femeie de 67 de ani cu antecedente de hipertensiune arterială şi insuficienţă cardiacă congestivă prezintă dureri epigastrice „arzătoare" care au început la 2 ore după masă. Ea afirmă că a avut dureri similare în ultimele câteva săptămâni şi a luat antiacide şi un medicament pe care medicul ei de îngrijire primară i-a prescris cu o uşurare moderată. Durerea a apărut cu o frecvenţă tot mai mare şi acum o trezeşte din somn. Ea afirmă că a venit astăzi la urgenţă pentru că durerea nu a fost ameliorată cu medicamentele ei obişnuite. Ea neagă greaţa, vărsăturile, diareea sau febra. Ea neagă, de asemenea, hematemeza, scaunul negru sau sângele roşu aprins pe rect. La examenul fizic, ea este sensibilă la epigastru, cu un examen abdominal, pulmonar şi cardiac, altfel normal. Guaiac din scaun este pozitiv pentru sânge ocult. Care dintre următoarele este cea mai frecventă complicaţie gravă a bolii ulcerului peptic?

a. hemoragie GI
b. Perforaţie GI
c. penetrare GI
d. Obstrucţie de evacuare gastrică
e. Anemia pernicioasă

291. Un bărbat în vârstă de 78 de ani cu antecedente de boală cardiacă aterosclerotică şi insuficienţă cardiacă congestivă prezintă dureri abdominale în creştere. Durerea a început brusc acum o zi şi s-a agravat progresiv de atunci. El neagă greaţa, vărsăturile şi diareea, dar afirmă că a avut scaun negru cu gudron în această dimineaţă. El neagă orice antecedente de episoade anterioare de durere similară. Valorile vitale sunt TA 120/65 mm Hg, HR 105 bătăi pe minut, temperatura 99 ° F Pacientul prezintă un risc ridicat pentru care dintre următoarele afecţiuni?

a. Colecistita
b. Volvulul cecal
c. Ischemie mezenterica
d. Ulcer peptic perforat
e. Obstrucţia intestinului subţire

Sângerare gastrointestinală

Răspunsuri

275. **Răspunsul este a.** *(Rosen, p. 197.)* Medicina de urgenţă începe întotdeauna cu o **evaluare a căilor respiratorii ale pacientului.** Pentru pacienţii suspectaţi de a avea o sângerare gastro-intestinală semnificativă , trebuie stabilite rapid **două linii IV cu diametru mare .** Tratarea unei hemoragii gastrointestinale superioare nediferenţiate este ca şi cum ai trata o rană împuşcată în abdomen - ar trebui să te aştepţi la ce e mai rău. Resuscitarea imediată a volumului trebuie să înceapă cu 1 până la 2 L de soluţie salină normală. Dacă nu există nicio îmbunătăţire a TA la un pacient hipotensiv, atunci trebuie administrat sânge . Trimiterea unui meci încrucişat mai devreme este recomandabil, deoarece poate dura până la o oră pentru a recupera. Utilizaţi tip O, Rh-negativ (dacă este de sex feminin) sau de tip O, Rh-pozitiv (dacă este bărbat) dacă sângele specific tipului nu este pregătit. Este crucial să ne amintim că hematocritul iniţial al pacientului este un indicator slab al severităţii sângerării acute, deoarece este nevoie de 24 până la 72 de ore pentru a se echilibra.

(b) Poate fi administrat un inhibitor al pompei de protoni, dar prioritate este căilor respiratorii, respiraţiei şi circulaţiei (ABC) şi acest pacient este hipotensiv.

(c) Mai întâi trebuie să evaluaţi căile respiratorii. **(d şi e)** Pacientul îşi menţine căile respiratorii şi nu trebuie să fie intubat urgent. Cu toate acestea, dacă TA se înrăutăţeşte şi se modifică sau anticipaţi că starea lui se va înrăutăţi, atunci intubarea endotraheală este adecvată.

276. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp 1343-1350.)* Hemoroizii sunt venule dilatate ale plexurilor hemoroidale. Sunt asociate cu constipaţie, efort, presiune abdominală crescută, sarcină, presiune portală crescută şi o dietă săracă în fibre. Hemoroizii pot fi fie interni, fie externi. Cele care apar deasupra liniei dentare sunt interne şi nedureroase. Cele care sunt sub linia dentată sunt externe şi dureroase. Indivizii prezintă de obicei hemoroizi externi trombozaţi. La

examinare, există o masă sensibilă la orificiul anal care este de obicei de culoare albăstruie-violet. Dacă durerea este severă şi tromboza durează mai puţin de 48 de ore, atunci medicul trebuie să excizeze trombul sub anestezie locală, urmată de o baie caldă de şezut. Acest pacient suferă de un **hemoroid extern trombozat acut.**

Dacă nu sunt excizate, simptomele se vor rezolva cel mai adesea în câteva zile, când hemoroizii se ulcerează şi scurge sângele întunecat acumulat. Etichetele de piele reziduale pot persista. Excizia oferă atât o uşurare imediată, cât şi pe termen lung şi previne formarea etichetelor pe piele.

(a) Simptomele hemoroizilor externi netrombozaţi şi interni neprolapsaţi pot fi îmbunătăţite prin regimul **WASH** . **Apa caldă,** prin băi de şezut sau prin direcţionarea unui jet de duş către zona afectată timp de câteva minute, reduce presiunile anale; **analgezicele** orale uşoare ameliorează durerea; **balsamurile pentru scaun** uşurează trecerea scaunului pentru a evita efortul; iar o **dietă bogată în fibre** produce scaun care trece mai uşor. **(b) Incizia** unui hemoroiz (spre deosebire de **excizie**) duce la evacuarea incompletă a cheagurilor, resângerarea ulterioară şi umflarea vaselor lacerate. **(c)** Acest pacient are un hemoroid extern trombozat. Necesitatea unei evaluări suplimentare a sângerării rectale nu a fost stabilită. **(e)** Hemoroizii necesită rareori un tratament operativ imediat, cu excepţia cazului în care există dovezi de formare de trombi cu progresie spre gangrenă.

277. Răspunsul este a. *(Tintinalli, pp. 547-555.)* **IBD** este o boală inflamatorie cronică a tractului gastrointestinal. Există două tipuri majore: CD şi UC. **CD** poate implica orice parte a tractului gastro-intestinal, de la gură la anus, şi se caracterizează prin implicare segmentară. Ileonul distal este implicat în majoritatea cazurilor; prin urmare, prezentările acute pot imita apendicita. CD menajează rectul în 50% din cazuri. Există o distribuţie bimodală pe vârstă, primul vârf apărând la pacienţii cu vârsta cuprinsă între 15 şi 22 de ani, iar al doilea la pacienţii cu vârsta cuprinsă între 55 şi 60 de ani. Diagnosticul definitiv este prin seria GI superioară, clisma cu bariu cu contrast aerian şi colonoscopie. Afectarea segmentară a colonului cu crutare rectală este cea mai caracteristică trăsătură. Alte constatări la colonoscopie includ implicarea tuturor straturilor peretelui intestinal, **leziuni ignorate** (adică, intestinul normal şi bolnav intercalate), **ulcere aftoase** şi aspectul **pietruit** de la îngroşarea submucoasei intercalate cu ulceraţii mucoase. Manifestările extraintestinale sunt observate la 25% până la 30% dintre pacienţii cu CD.

(b) CU implică în primul rând mucoasa numai cu formarea de abcese de

criptă, necroză epitelială şi ulceraţie a mucoasei. Durerea rectală şi diareea cu sânge sunt mai frecvente în CU decât în CD. CU începe în rect şi nu reuşeşte să progreseze dincolo de acest punct la o treime dintre pacienţi. Colonoscopia demonstrează inflamaţia numai a mucoasei şi leziuni continue ale tractului gastrointestinal. Deşi pierderea de sânge din sângerare susţinută poate fi cea mai frecventă complicaţie, megacolonul toxic nu trebuie omis. **(c)** În timp ce apendicita poate fi în diagnosticul diferenţial, natura acută sau cronică a acestei boli şi un apendice cu aspect normal la CT abdominal o exclud.
(d) Enterocolita pseudomembranoasă este o afecţiune inflamatorie a intestinului care rezultă din *Clostridium difficile,* un bacil anaerob obligatoriu, care produce toxine. Boala debutează de obicei la 7 până la 10 zile după instituirea terapiei cu antibiotice, cel mai adesea la pacienţii internaţi. Cu toate acestea, incidenţa în comunitate este în creştere. **(e)** Diverticulita este o boală inflamatorie acută cauzată de proliferarea bacteriilor în diverticulii colonici existenţi. Cea mai frecventă prezentare este durerea, adesea în cadranul inferior stâng (LLQ). CT abdominal demonstrează inflamaţia grăsimii pericolice, prezenţa diverticulilor, îngroşarea peretelui intestinal sau abcesul peridiverticular.

278. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp. 1241-1244.)* Acest pacient avea un **ulcer gastric netratat** care tocmai sa **perforat.** Istoricul durerii epigastrice legate de alimentaţie indică un ulcer gastric, în timp ce durerea la 2 până la 3 ore după masă este mai probabil cauzată de un ulcer duodenal. Apariţia bruscă a durerii abdominale generalizate asociate cu un abdomen rigid este îngrijorătoare pentru un viscus perforat, în acest caz, un ulcer gastric perforat. Aceasta este o urgenţă chirurgicală O radiografie abdominală şi toracică în poziţie verticală poate fi efectuată rapid pentru a căuta **aer liber,** care va fi văzut **sub diafragma** pe radiografia toracică. Acest lucru este util pentru majoritatea perforaţiilor, care sunt anterioare, dar pot lipsi perforaţiile posterioare deoarece duodenul posterior este retroperitoneal. Tratamentul include hidratare IV, antibiotice şi corectare chirurgicală imediată.

(a) Sindromul Boerhaave este o ruptură de toată grosimea aspectului posterolateral stâng al esofagului distal. Este asociată în mod obişnuit cu dureri toracice epigastrice şi retrosternale care iradiază adesea spre spate, gât, piept stâng sau umeri. Deşi se poate prezenta similar cu un ulcer perforat, în general durerea este mai concentrată în piept. **(c)** În timp ce istoricul hipertensiunii arteriale netratate este îngrijorător pentru o ruptură de AAA, istoricul indică în mod clar boala ulcerului peptic nediagnosticat anterior. **(d)** IBD este o afecţiune cronică care afectează tractul gastrointestinal. Durerea abdominală este de obicei crampe, în timp ce sângerarea gastrointestinală este în general asociată cu diaree cu sânge. **(e)** Diverticulii sunt hernii asemănătoare mucoasei colonului care apar

în punctele slabe ale peretelui intestinal. Ele pot sângera (diverticuloză) sau se umple cu materii fecale şi pot duce la inflamaţie (diverticulită). Diverticuloza este cel mai frecvent asociată cu sângerare rectală nedureroasă substanţială, dar nu cu dureri abdominale semnificative.

279. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp. 179, 1243.)* O **ruptură Mallory-Weiss** urmează de obicei o criză puternică de vomă şi vărsături şi implică o zonă de 1 până la 4 cm a mucoasei sau submucoasei tractului gastro-intestinal; 75% din cazuri apar în stomac, restul în apropierea joncţiunii gastroesofagiene (GE). Sângerarea este de obicei uşoară şi autolimitată. Cu toate acestea, 3% dintre decesele cauzate de sângerări ale tractului gastrointestinal superioare sunt cauzate de lacrimile Mallory-Weiss.

(a) Varicele esofagiene sunt vene submucoase dilatate găsite la 50% dintre pacienţii cu ciroză hepatică. De obicei se dezvoltă ca urmare a hipertensiunii portale. Până la 30% dintre pacienţii cu varice esofagiene dezvoltă sângerări gastrointestinale superioare, iar sângerarea este de obicei masivă. Pacienţii sunt adesea asimptomatici până când varicele se rup şi sângerează. Deşi acest pacient este cu siguranţă predispus la varice secundare abuzului de etanol, prezentarea sa acută de durere după vărsături este mai în concordanţă cu o ruptură Mallory-Weiss. **(b)** Sindromul Boerhaave implică o perforare spontană de grosime completă a esofagului - 80% implicând aspectul posterolateral al esofagului distal - care de obicei rezultă din senzaţia de senzaţie violentă. Ingestia de alcool este un factor de risc. Deoarece pleura de deasupra este ruptă, conţinutul esofagian se poate revărsa în mediastin şi torace, ducând la dureri toracice epigastrice şi retrosternale severe, cu radiaţii la spate, gât sau umeri. Constatările caracteristice ale radiografiei toracice includ un pneumotorax stâng, un revărsat pleural stâng, emfizem mediastinal şi un mediastin lărgit, toate pe care individul în cauză nu le prezintă. Sindromul Boerhaave reprezintă o urgenţă chirurgicală, mortalitatea se apropie de 50% dacă nu se efectuează intervenţia chirurgicală în 24 de ore. **(c)** Un ulcer curling este un ulcer sau o eroziune cauzată de gastrită de stres din cauza pacienţilor cu arsuri grave. Cea mai frecventă constatare este sângerarea gastrointestinală nedureroasă. Nu există dovezi de arsuri grave la acest pacient. **(d)** Un ulcer gastric perforat este o complicaţie a gastritei cronice, care este de obicei asociată cu dureri abdominale severe şi acute. Perforaţiile apar atunci când un ulcer se erodează prin perete şi scurge aer şi conţinutul digestiv în cavitatea peritoneală. Adesea, durerea începe iniţial în epigastru, dar se generalizează la scurt timp după aceea. Pacienţii stau de obicei nemişcaţi şi evită mişcările care ar putea perturba cavitatea peritoneală. O radiografie toracică în poziţie verticală poate evidenţia aerul sub diafragmă.

280. **Răspunsul este d.** *(Tintinalli, pp 504-505, 512-513.)* **Varicele esofagiene** se dezvoltă la pacienţii cu **boală hepatică cronică** ca răspuns la hipertensiunea portală. Aproximativ 60% dintre pacienţii cu hipertensiune portală vor dezvolta varice. Dintre cei care dezvoltă varice, 25% până la 30% vor prezenta hemoragie. Pacienţii care dezvoltă varice din cauza abuzului de alcool au un risc şi mai mare de sângerare, în special în cazul consumului continuu de alcool. Acest pacient are dovezi de boală hepatică cronică cu trombocitopenie şi bilirubină şi enzime hepatice crescute. În hepatita alcoolică, AST este mai mare decât ALT cu un factor de 2. Angioma de păianjen, eritemul palmar şi mastia ginecologică sugerează în continuare o boală hepatică de bază.

(a) Un ulcer gastric perforat se prezintă de obicei cu durere abdominală bruscă severă la un pacient cu antecedente de PUD. **(b)** Diverticuloza rezultă din hernii asemănătoare sacului în mucoasa colonului (diverticuli) care apar în punctele slabe ale peretelui intestinal, de obicei acolo unde se inserează arterele. Diverticuloza este cel mai frecvent asociată cu sângerare rectală nedureroasă. **(c)** Laceraţia splinei rezultă în general din traumă. **(e)** Cel mai frecvent simptom cu ruptura unui AAA este durerea abdominală bruscă şi severă. Durerea de spate, de asemenea bruscă şi severă, este observată de jumătate dintre pacienţi. Incidenţa AAA creşte odată cu vârsta atât la bărbaţi, cât şi la femei şi este de obicei asociată cu antecedente de hipertensiune arterială.

281. **Răspunsul este a.** *(Tierney et al, 45 ed.)* Sângerarea GI acută se dezvoltă la mai puţin de o treime dintre pacienţii cu hipertensiune portală şi varice. În cazul sângerărilor gastrointestinale superioare, pasul iniţial este evaluarea stării hemodinamice. **Hipotensiunea arterială** cu sau fără tahicardie identifică un **pacient cu risc ridicat** cu sângerare acută severă. Acest pacient necesită tratament imediat. Dacă eforturile iniţiale de resuscitare eşuează sau dacă un pacient rămâne hipotensiv, pot fi necesare măsuri mai agresive, inclusiv luarea în considerare a plasării sondei Sengstaken-Blakemore pentru tamponarea fizică a sursei de sângerare, dar acest lucru nu face parte din tratamentul iniţial şi a fost asociat cu reacţii adverse.

(b) La pacienţii cu sângerare semnificativă, trebuie începute două linii IV de calibrul 18 sau mai mare înainte de teste de diagnostic ulterioare. Sângele este trimis pentru CBC, studii de coagulare (timp de protrombină [PT] cu raport internaţional normalizat [INR]), creatinina serică, enzime hepatice şi potrivire încrucişată pentru 2 până la 4 unităţi sau mai multe de celule roşii din sânge (RBC). Pacienţii cu compromis hemodinamic trebuie resuscitaţi cu soluţii cristaloide şi sânge încrucişat. De asemenea, trebuie instituite monitorizarea cardiacă şi oxigenul suplimentar. **(c)** Un tub NG trebuie plasat la toţi pacienţii cu suspiciune de sângerare gastro-intestinală superioară. Aspiraţia de sânge roşu

sau „zaţ de cafea" confirmă o sursă de sângerare gastro-intestinală superioară, deşi 10% dintre pacienţii cu sângerare gastro-intestinală superioară confirmată au aspirate fără sânge, mai ales când sângerarea provine din duoden. Un aspirat de sânge roşu aprins indică sângerare activă şi este asociat cu cel mai mare risc de sângerare şi complicaţii. Eforturile de a controla sângerarea prin lavaj gastric cu volume mari de lichid nu sunt benefice şi cresc riscul de aspiraţie. **(d)** Octreotida reduce fluxul sanguin splanhnic şi tensiunea arterială portală şi este eficientă în controlul iniţial al sângerării asociate cu hipertensiunea portală. Ar trebui administrat cu promptitudine la toţi pacienţii cu sângerare gastro-intestinală superioară activă şi semne de boală hepatică sau hipertensiune portală până când sursa sângerării poate fi clarificată prin endoscopie.
(e) Un consult GI ar trebui să fie obţinut în toate cazurile de sângerare gastro-intestinală superioară cu risc ridicat. Majoritatea pacienţilor cu sângerare gastrointestinală superioară trebuie supuşi unei endoscopie superioară după ce pacientul este stabil hemodinamic. Pacienţii cu risc ridicat sau cei cu sângerare activă continuă necesită o evaluare endoscopică mai urgentă pentru a identifica sursa sângerării, pentru a determina riscul de resângerare şi pentru a asigura hemostază prin scleroterapie sau prin ligatură cu banda elastică.

282. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp 179,1330-1331,1345.)* Combinaţia dintre sângerare gastrointestinală inferioară cu pierderea în greutate şi scăderea apetitului indică carcinom, cel mai probabil **adenocarcinom de colon.** Lipsa durerii esofagiene, abdominale sau rectale face ca celelalte alegeri să fie puţin probabile, la fel ca şi lipsa simptomelor asociate (greaţă, vărsături sau febră). Anemia sau sângerarea rectală la o persoană în vârstă ar trebui presupusă a fi malignă până când se dovedeşte contrariul.

(a) Sângerarea cu defecare este cea mai frecventă plângere cu hemoroizi şi, cu excepţia cazului în care hemoroizii sunt trombozaţi, sângerarea este de obicei nedureroasă. Pacienţii raportează de obicei sânge roşu aprins pe hârtie igienică sau în vasul de toaletă. Pierderea în greutate nu ar fi de aşteptat şi numai în circumstanţe rare este pierderea de sânge substanţială. **(b)** Diverticulita apare cu inflamarea unui diverticul şi este cea mai frecventă complicaţie a diverticulozei. Pacienţii prezintă de obicei dureri abdominale persistente. Iniţial, durerea poate fi vagă şi generalizată, dar adesea devine localizată la LLQ. Majoritatea pacienţilor pot fi trataţi medical cu repaus intestinal, hidratare, analgezice şi antibiotice. **(c)** O ruptură Mallory-Weiss este o ruptură parţială a esofagului care rezultă, de obicei, din vărsături semnificative sau spărturi. **(d)** Diverticuloza este prezenţa diverticulilor cu sângerare gastrointestinală inferioară masivă, nedureroasă. Este una dintre cele mai frecvente cauze de sângerare gastrointestinală masivă la această populaţie. În cele mai multe cazuri,

sângerarea se opreşte spontan.

283. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp. 210, 1391-1392, 1420, 1447, 1498.)* Pacienţii cu boală coronariană, boală valvulară a inimii şi aritmii, în special **fibrilaţie atrială,** prezintă un risc ridicat de **ischemie mezenterică.** În plus, vârsta mai mare de 50 de ani, insuficienţa cardiacă congestivă, infarctul miocardic recent, pacienţii în stare critică cu sepsis sau hipotensiune arterială, utilizarea de diuretice sau medicamente vasoconstrictoare şi stările de hipercoagulare pun pacienţii la un risc mai mare. Cea mai frecventă cauză a ischemiei mezenterice acute este **embolul arterial,** care reprezintă 50% din cazuri. Constatarea clasică este „durerea disproporţionată cu rezultatele examinării", adică un pacient se plânge de durere severă, dar nu este deosebit de sensibil la examinare. Este justificat un grad ridicat de suspiciune pentru ischemia mezenterica la un pacient in varsta cu dureri abdominale.

(a) Ulcerul gastric perforat se prezintă cu debut acut de durere epigastrică severă şi sângerare, în general la cineva cu PUD. **(b)** Diverticulita se prezintă ca durere LLQ care este de obicei descrisă ca surdă şi constantă. **(c) Cistita** acută de colă apare cu o obstrucţie a ductului cistic cu calculi biliari şi este adesea însoţită de febră, frisoane, greaţă şi un semn Murphy pozitiv. Este cea mai frecventă urgenţă chirurgicală la pacienţii vârstnici. **(e)** Triada clasică pentru volvulul sigmoid include durerea abdominală, distensia abdominală şi constipaţia. Greaţa şi vărsăturile sunt adesea prezente, iar diagnosticul poate fi pus pe radiografie simplă în 80% din cazuri.

284. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp 1447-1448.)* **Angiografia** rămâne „standardul de aur" în diagnosticul **ischemiei mezenterice.** Spre deosebire de orice alte instrumente de diagnosticare, este capabil să **diagnosticheze şi să trateze** problema. Este capabil să identifice toate cele patru tipuri de ischemie mezenterică acută: (1) embolism arterial, (2) tromboză arterială sau (3) tromboză venoasă şi, în majoritatea circumstanţelor, (4) ischemie mezenterică neocluzivă. Angiografia trebuie efectuată fără întârziere atunci când se suspectează diagnosticul.

Cu excepţia angiografiei, rezultatele tuturor celorlalte studii sunt cele mai utile pentru a exclude alte diagnostice sau pentru a afla nivelurile iniţiale. Radiografiile abdominale **(b)** trebuie efectuate la orice pacient cu suspiciune de ischemie mezenterica pentru a exclude obstrucţia intestinală sau aerul liber. Cu toate acestea, în stadiile incipiente, radiografiile simple sunt cel mai adesea normale la pacienţii cu ischemie mezenterică şi nu trebuie utilizate pentru a exclude această entitate. Rezultatele pozitive includ gaze intraluminale sau gaze în sistemul venos portal, de obicei coincid cu dezvoltarea intestinului necrotic şi

semnifică un prognostic sumbru. **(c)** Datorită disponibilității, vitezei și calității îmbunătățite, CT este adesea utilizat în ED pentru evaluarea durerii abdominale cu etiologie neclară la pacienții cu risc ridicat. CT poate identifica semne indirecte de ischemie - inclusiv edem al peretelui intestinal sau mezenterului, modele anormale de gaze, gaz intramural și ascită. Ocazional, CT poate identifica cu precizie dovezi directe ale trombozei venoase mezenterice. Ca și în cazul radiografiilor abdominale, mulți pacienți pot avea constatări normale sau nespecifice pe CT, așa că nu poate fi folosită pentru a exclude diagnosticul de ischemie mezenterică. În timp ce câteva studii au descoperit că CT este la fel de sensibilă ca angiografia, în prezent nu este studiul de elecție. **(a)** Sensibilitatea lactatului seric este mare, aproape 100%, în prezența ischemiei mezenterice, dar specificitatea este scăzută, variind de la 42% la 87%. Lactatul seric crescut poate fi utilizat cel mai bine ca un predictor al mortalității. Unele studii sugerează că prezența unei acidoze inexplicabile ar trebui să determine căutarea cauzelor reversibile ale ischemiei mezenterice. **(e)** Studiile intraluminale de contrast cu bariu sunt contraindicate în cazul suspectării ischemiei mezenterice, deoarece materialul de contrast rezidual poate limita vizualizarea vasculaturii în timpul angiografiei diagnostice.

285. **Răspunsul este e.** *(Townsend și colab., p. 1256.)* **Angiodisplaziile,** cunoscute și sub denumirea de **malformații arteriovenoase,** sunt mici vase de sânge ectatice din submucoasa tractului GI. Mai mult de jumătate dintre angiodisplaziile sunt situate pe **partea dreaptă a colonului.**

(a) Angiodisplaziile sunt responsabile pentru 3% până la 20% din sângerările gastrointestinale inferioare acute. **(b)** Deși angiodisplazia reprezintă cea mai frecventă cauză a sângerării gastrointestinale inferioare la pacienții mai tineri, incidența acesteia crește în general odată cu vârsta peste 50 de ani. **(c)** În timp ce angiografia poate identifica angiodisplaziile, colonoscopia rămâne cea mai sensibilă modalitate de diagnosticare. La colonoscopie, angiodisplaziile apar ca leziuni roșii, plate, cu un diametru de aproximativ 2 până la 20 mm. **(d)** Angiodisplaziile sunt asociate cu multe probleme medicale, inclusiv boala renală în stadiu terminal, stenoza aortică și boala von Willebrand, printre altele.

286. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp 1241-1244.)* Cea mai frecventă cauză a sângerărilor gastrointestinale superioare la adulți este **boala ulcerului peptic,** reprezentând aproximativ 45% din cazuri. Hematemeza este prezenta la aproximativ 50% dintre pacienții cu hemoragii gastrointestinale superioare. Apariția zațului de cafea în stomac este cauzată de conversia hemoglobinei în hematină sau alți pigmenți de către acidul clorhidric din stomac.

(a) Varicele reprezintă 10%, **(c)** eroziuni 23%, **(d)** lacrima Mallory-Weiss 7%

şi **(e)** esofagită 6%.

287. **Răspunsul este e.** *(Rosen, p. 1385.)* Cel mai probabil pacientul are o **perforaţie esofagiană, o complicaţie gravă a endoscopiei** care pune viaţa în pericol, care trebuie identificată şi tratată rapid. Deşi uneori raportate ca urmare a vărsăturilor puternice (de exemplu, sindromul Boerhaave), cea mai frecventă cauză este iatrogenă. Acestea apar de obicei ca o complicaţie a procedurilor gastrointestinale, inclusiv endoscopie superioară, dilatare, scleroterapia şi chiar plasarea tubului NG sau intubaţia endotraheală. Semnele şi simptomele pot include durere în piept în apropierea locului de ruptură, febră, detresă respiratorie, răguşeală sau disfagie. Majoritatea pacienţilor au **emfizem mediastinal sau cervical,** care poate fi remarcat prin palpare sau printr-un **zgomot** auzit în timpul auscultaţiei **(adică semnul Hamman).** Este indicată o esofagramă imediată cu un agent solubil în apă (de exemplu, Gastrografin).

(a) Bronhoscopia este utilizată pentru a evalua un pacient cu suspiciune de obstrucţie bronşică sau boală endobronşică. Nu este indicat in cazul suspiciunii de perforatie esofagiana. **(b)** Probabilitatea ca durerea toracică a acestui pacient să fie de origine cardiacă este destul de mică şi ECG nu demonstrează nicio modificare ischemică. Diagnosticul la un pacient care prezintă durere sau febră în urma instrumentării esofagiene trebuie considerat perforaţie esofagiană până la proba contrarie. De asemenea, dacă se suspectează o perforaţie, aspirina trebuie reţinută. **(c)** Repetarea endoscopiei poate fi utilă, mai ales în cazuri de traumatism; cu toate acestea, perforaţiile mici pot fi dificil sau imposibil de detectat. O esofagramă este mai bine de evaluat pentru o perforaţie suspectată. O radiografie toracică şi o radiografie abdominală în poziţie verticală sunt de obicei obţinute mai întâi şi pot detecta anomalii la până la 90% dintre pacienţi. Aceste constatări pot include emfizem subcutanat, pneumomediastin, lărgirea mediastinului, revărsat pleural sau infiltrat pulmonar, dar modificările radiografice pot să nu fie prezente în primele ore după perforaţie. **(d)** Toracotomia este tratamentul pentru o perforaţie esofagiană; cu toate acestea, trebuie efectuată o esofagramă imediată cu un agent solubil în apă pentru a confirma diagnosticul.

288. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli, pp 536-538.)* Diagnosticul de **diverticulită** se face prin CT abdominal, care poate demonstra inflamaţia grăsimii pericolice, îngroşarea peretelui intestinal, prezenţa diverticulilor sau abcesul peridiverticular. Tratamentul diverticulitei include **hidratare IV, repaus intestinal şi antibiotice cu spectru larg** pentru a acoperi atât bacteriile aerobe, cât şi cele anaerobe. Acestea includ de obicei o combinaţie de metronidazol şi ciprofloxacină sau levofloxacină. Pacienţii care arată bine pot fi trataţi ca pacienţi

ambulatori cu antibiotice pe cale orală şi urmărire atentă, dar pacienţii cu febră, semne de peritonită localizată sau obstrucţie şi cei care nu au eşuat terapia ambulatorie trebuie internaţi în spital.

(a) Acest pacient are semne sistemice de infecţie (febră, sensibilitate de rebound, pază) şi trebuie internat pentru antibiotice IV şi observaţie. Dacă pacientul manifestă semne de obstrucţie intestinală, trebuie plasat şi un tub NG. **(c)** Prezentarea diverticulitei poate fi imposibil de distins de apendicita acută. Acest lucru se întâmplă atunci când un pacient are un sigmoid redundant întins pe partea dreaptă a abdomenului sau, ca în acest caz, când un diverticul cecal devine inflamat. În acest caz, CT abdominal demonstrează un apendice normal plin cu lichid, excluzând efectiv apendicita. Ar trebui să se obţină un consult chirurgical prompt în prezenţa obstrucţiei intestinale, a perforaţiei libere, a abcesului sau a formării de fistule. **(d)** Prezenţa diverticulitei este demonstrată pe CT abdominal, care este mai sensibil decât o clismă cu bariu. Mai mult, atât bariul injectat sub presiune înaltă, cât şi colonoscopia în prezenţa diverticulitei acute prezintă riscul de perforare şi sunt relativ contraindicate. **(e)** O exacerbare a CD, care se poate prezenta şi cu durere RLQ şi scaun hemo-pozitiv, poate fi tratată cu sulfasalazină şi terapie cu steroizi, dar nici una nu este adecvată în tratamentul diverticulitei acute.

289. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli, pp 539-545.)* Durerea şi sângerarea sunt plângeri frecvente asociate cu tulburările ano-rectale. O anamneză bună şi un examen fizic aprofundat, inclusiv un examen rectal digital şi o anoscopie trebuie efectuate ori de câte ori este posibil. **Fisurile anale (adică fisurile în ano)** rezultă din rupturi liniare ale canalului anal la sau chiar sub linia dentată şi se extind de-a lungul canalului anal până la marginea anală. Această zonă are o aprovizionare bogată de fibre somatice senzoriale niciodată. În consecinţă, fisurile anale sunt extrem de dureroase şi reprezintă cea **mai frecventă cauză a sângerării rectale dureroase** în primul an de viaţă şi la adulţi **.** Acestea sunt de obicei produse prin trecerea unui scaun mare şi dur, dar pot apărea şi în cazul diareei severe.

(a) Hemoroizii externi apar şi de sub linia dentată şi sunt acoperiţi cu epiteliu scuamos bine inervat, făcându-i dureroase. Ele provoacă adesea sângerare, dar nu la fel de frecvente ca fisurile anale. **(c)** Afecţiunile maligne ano-rectale precoce prezintă de obicei simptome nespecifice, cum ar fi prurit, durere şi sângerare amestecate cu scaun şi reprezintă mai puţin de 5% din toate afecţiunile maligne ale intestinului gros. **(d)** Hemoroizii interni sunt detectaţi prin vizualizare directă folosind anoscopie. Hemoroizii interni necomplicaţi sunt nedurerori din cauza lipsei inervaţiei senzoriale. În consecinţă, ele prezintă sângerări **nedureroase** , roşii aprinse, la defecare. **(e)** Majoritatea bolilor venerice care implică regiunea ano-rectală prezintă prurit, secreţii şi dureri sau iritaţii

uşoare până la moderate şi pot sângera intermitent.

290. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp. 1241-1243.)* Cele mai grave complicaţii ale PUD includ hemoragia, perforaţia, penetrarea şi obstrucţia orificiului gastric. **Hemoragia,** care apare la 15% dintre pacienţi, este cea **mai frecventă complicaţie.**

(b) Perforaţia GI apare atunci când un ulcer se erodează prin stomac sau peretele intestinal şi scurge aer şi conţinutul digestiv în cavitatea peritoneală. Apare la aproximativ 7% dintre pacienţi şi este a doua cea mai frecventă complicaţie gravă a PUD. **(c)** Penetrarea GI este similară cu perforaţia, cu excepţia faptului că ulcerul se erodează într-un alt organ, cum ar fi ficatul sau pancreasul. **(d)** Obstrucţia orificiului gastric, care apare la 2% dintre pacienţi, apare ca urmare a edemului şi a cicatricilor în apropierea orificiului gastric. **(e)** Anemia pernicioasă rezultă dintr-o boală autoimună în care organismul dezvoltă anticorpi la celulele secretoare de acid din mucoasa gastrică, cu pierderea factorului intrinsec, malabsorbţia vitaminei B12 şi dezvoltarea anemiei. Nu este o complicaţie a PUD.

291. **Răspunsul este c.** *(Tintinalli, p. 496.)* Plângerea de durere abdominală la pacientul în vârstă ar trebui să-l determine pe medicul de urgenţă să-şi scadă pragul pentru a lua în considerare afecţiuni intra-abdominale mai grave. Pacienţii cu antecedente de aritmii (în special fibrilaţie atrială), debit cardiac scăzut (cum ar fi insuficienţa cardiacă congestivă) sau care iau anumite medicamente, cum ar fi digoxina, prezintă un risc ridicat pentru starea evazivă a **ischemiei mezenterice.** Un istoric de durere abdominală cu debut brusc cu severitate crescândă, dar cu un examen fizic benign ar trebui să determine luarea în considerare a acestei entităţi. Ischemia mezenterica este asociata cu o rata ridicata a mortalitatii, iar diagnosticul initial este adesea incorect. Studiul diagnostic de elecţie este angiografia.

(a) Colecistita este cea mai frecventă urgenţă chirurgicală la pacienţii vârstnici, dar pacienţii adesea localizează durerea la RUQ. Ecografia este studiul de diagnostic iniţial de elecţie. **(b)** Volvulul sigmoid este de două până la trei ori mai frecvent decât volvulul cecal la vârstnici şi prezintă dureri abdominale care creşte treptat, împreună cu greaţă şi vărsături. **(d)** Ulcerul peptic perforat prezintă adesea dureri epigastrice acute, urmate de peritonită şi sângerare gastrointestinală şi poate fi o afecţiune la fel de dificilă de diagnosticat la pacienţii vârstnici, cărora le poate lipsi durerea dramatică sau descoperiri peritoneale impresionante. Studiul diagnostic de elecţie este scanarea CT, deşi o radiografie toracică verticală sau abdominală, care poate evidenţia aer liber sub diafragmă, trebuie obţinută imediat dacă se suspectează diagnosticul. **(e)** Obstrucţia intestinului subţire se poate prezenta, de asemenea, cu o creştere treptată a

durerii abdominale, greaţă şi vărsături. Nu este asociată cu afecţiunile comorbide enumerate, ci mai degrabă cu aderenţe după intervenţii chirurgicale abdominale, hernie inghinală încarcerată, polipi, limfoame, adenocarcinom, abces abdominal şi radioterapie.

Leziuni musculo-scheletale

Întrebări

292. În timp ce juca la meciul anual de fotbal de atingere al familiei sale de Ziua Recunoştinţei, un bărbat de 41 de ani a căzut pe mâna întinsă când a încercat să prindă câştigătoarea. El se prezintă la serviciul de urgenţă (UR) plângându-se de dureri severe la încheietura mâinii. Care dintre următoarele oase carpiene este cel mai frecvent rănit în caz de cădere pe mâna întinsă?

a. Triquetrum
b. Lunate
c. Capitate
d. Scafoid
e. Pisiform

293. Un bărbat de 64 de ani se prezintă de ieri la urgenţă plângându-se de dureri de genunchi. El neagă trauma sau prezentarea similară în trecut. La examinare, observaţi un genunchi eritematos, sensibil şi umflat. Radiografia nu evidenţiază o fractură, dar arată depozite de calcium. Artrocenteza demonstrează 20.000/ p L de globule albe (WBC) cu o predominanţă de neutrofile, o coloraţie Gram negativă şi cristale în formă de romboidă care sunt birefringente pozitiv la lumină polarizată. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Pseudoguta
b. Gută
c. Articulaţie septică
d. Artrita reumatoidă
e. Osteoartrita

294. Un jucător de fotbal în vârstă de 22 de ani se prezintă la urgenţă plângându-se de dureri şi umflături la genunchiul drept. El afirmă că mai devreme în cursul zilei era într-un meci de fotbal şi alerga după minge, dar s-a oprit brusc şi a încercat să alerge într-o nouă direcţie. Imediat după aceea, a simţit o durere intensă la genunchi cu umflare instantanee. Care dintre următoarele este ligamentul major rănit cel mai frecvent al genunchiului?

a. Ligamentul încrucişat anterior (ACL)

b. Ligamentul încrucişat posterior (PCL)
c. Ligamentul colateral medial (MCL)
d. Ligamentul colateral lateral (LCL)
e. Ligamentul rotulei

295. Un bărbat de 45 de ani se îndreaptă spre serviciu şi îşi pierde picioarele în timp ce urcă o scări. Simte o durere chinuitoare în spatele gleznei şi nu poate deambula. Ajunge la urgenţă şi afirmă că a simţit o pocnire în picior în timpul accidentării. Are antecedente medicale de hipertensiune şi hipercolesterolemie. Îşi petrece cea mai mare parte a timpului liber în faţa televizorului urmărind filme de groază. La examinare, observaţi umflarea gambei distale. Care dintre următoarele este probabil să fie pozitiv la acest individ?

a. Semnul uman
b. Testul Lachman
c. testul McMurray
d. Rotulă care poate fi votată
e. Testul Thompson

296. O tânără de 24 de ani, patinatoare competitivă se antrenează pentru probele olimpice când cade în timpul unuia dintre sărituri şi aterizează pe mâna întinsă. Este adusă la urgenţă plângându-se de dureri la încheietura mâinii. La examinare, observaţi sensibilitate la tabatura anatomică şi durere cu încărcare axială a degetului mare. Bănuieşti că are o fractură de scafoid. În ce parte a unui scafoid fracturat este cea mai mare incidenţa necrozei avasculare?

a. Scafoidul proximal.
b. Talie (treimea mijlocie) a scafoidului.
c. Scafoid distal.
d. Tuberculul scafoidului.
e. Scafoidul nu este expus riscului de necroză avasculară.

297. Un muncitor în construcţii în vârstă de 32 de ani relatează că a stat pe schelă pliată înainte ca aceasta să cedeze brusc sub el. În încercarea de a-i surprinde căderea, el s-a apucat spontan şi s-a agăţat de o grindă de deasupra capului timp de aproximativ 30 de secunde. Două ore mai târziu, în UR, pacientul prezintă dureri la umărul drept şi scăderea amplitudinii de mişcare. El neagă orice pierdere a conştienţei sau alte traume susţinute. Semnele vitale sunt în limite normale, cu excepţia scalei durerii pacientului de 10/10. Îşi ţine braţul drept cu mâna contralaterală. La examenul fizic, umărul pacientului pare umflat, fără rupere a pielii. Extremitatea superioară este fără deformare evidentă. Pacientul are pulsuri brahiale, radiale şi ulnare palpabile cu reumplere capilară care este mai mică de 2 secunde. El îşi poate mişca degetele, dar nu poate să-şi rotească în interior umărul sau să ridice braţul drept deasupra capului. Testarea

pinprick dezvăluie parestezii de-a lungul părţii laterale a toidului braţului afectat. Care este etiologia cea mai probabilă a durerii şi paresteziilor acestui pacient?

a. Entorsa articulaţiei acromioclaviculare
b. Luxaţia posterioară a umărului cu impact al nervului axilar
c. Luxaţie anterioară a umărului cu impact al nervului axilar
d. Luxaţie anterioară a umărului cu impact al nervului median
e. Luxaţie posterioară a umărului cu impact al nervului ulnar

298. Un jucător de volei universitar de 22 de ani se prezintă la ED plângându-se de dureri la umărul stâng care au început în timp ce încerca un serviciu în timpul unui meci de volei. Ea afirmă că asta i s-a mai întâmplat. La examinare, umărul stâng arată „în pătrat". Ea se plânge de durere severă atunci când încearcă să aducă sau să rotească intern umărul. O radiografie se vede mai jos. Care este cea mai frecventă fractură asociată cu diagnosticul pacientului?

(Reprodus, cu permisiune, din Knoop KJ, Stack LB, Storrow AB. Atlas of Emergency Medicine *. NewYork, NY:McGraw-Hill, 2002:291.)*

a. Fractură Bankart
b. Deformarea Hill-Sachs
c. Fractură de claviculă
d. Fractură de coronoid
e. Fractură scapulară

299. Un bărbat în vârstă de 35 de ani se prezintă la urgenţă cu umflături ale mâinii drepte, durere şi eritem care au început acum 3 zile. El neagă orice traumă, contacte bolnave, mușcături de insecte sau călătorii recente. Elementele vitale ale pacientului sunt semnificative pentru o temperatură orală de 101 ° F La examinarea fizică, observaţi o zonă de eritem care înconjoară mai multe lacerații punctate peste articulațiile drepte a treia şi a patra metacarpofa langeal (MCP) cu sensibilitate localizată. Pacientul este intact din punct de vedere neurovascular cu flexie limitată cauzată de umflătură şi durere. Având în vedere prezentarea de mai sus , care este cea mai potrivită dispoziţie pentru acest pacient?

a. Sutura şi urmărirea atentă cu un chirurg de mână
b. Sutură şi prescripţie pentru antibiotice orale
c. Irigarea rănilor şi prescrierea de antibiotice orale
d. Irigarea plăgilor şi profilaxia tetanosului
e. Admiterea pentru antibiotice intravenoase (IV).

300. Un tânăr de 23 de ani se prezintă la Urgenţe plângându-se de durere la degete. El afirmă că în timp ce juca fotbal, s-a dus să prindă o pasă şi mingea i-a lovit vârful degetului şi şi-a îndoit degetul înapoi. El crede că degetul lui este doar „blocat". La examinare, observaţi că falangea distală este îndoită şi există umflare şi sensibilitate peste articulaţia interfalangiană distală (DIP), aşa cum se vede mai jos. În plus, nu îşi poate extinde degetul distal la articulaţia DIP. O radiografie nu evidenţiază o fractură. Care dintre următoarele este cea mai potrivită modalitate de a gestiona această vătămare?

(Reprodus, cu permisiune, din Knoop KJ, Stack LB, Storrow AB. Atlas of Emergency Medicine . *NewYork, NY:McGraw-Hill, 2002:315.)*

a. Puneţi o atela dorsală astfel încât articulaţiile interfalangiene proximale (PIP) şi DIP să fie imobile, îndepărtaţi atela în 1 până la 2 săptămâni.
b. Puneţi o atela dorsală astfel încât articulaţiile PIP şi DIP să fie imobile, îndepărtaţi atela în 1 săptămână.
c. Buddy lipeşte degetul.
d. Puneţi o atela dorsală pentru a imobiliza articulaţia DIP, îndepărtaţi atela în 1

până la 2 săptămâni.
e. Puneți o atela dorsală pentru a imobiliza articulația DIP, îndepărtați atela în 6 până la 8 săptămâni.

301. O studentă de 22 de ani se prezintă la urgenţă cu un deget dureros şi umflat. El afirmă că se juca cu câinele unui coleg de cameră şi a fost muşcat cu 3 zile mai devreme. La examenul fizic, ritmul cardiac (HR) este de 70 de bătăi pe minut, tensiunea arterială (TA) este de 115/65 mm Hg, frecvenţa respiratorie (RR) este de 16 respiraţii pe minut şi temperatura este de 101,6 ° F. Bilateral, pulsurile radiale rămân egale, iar mâinile şi degetele sunt intacte la senzaţie. Al doilea deget drept este ţinut în flexie şi este umflat simetric de la vârful distal la articulaţia MCP. Atât încercarea dvs. de a extinde digitul pasiv, cât şi de a palpa teaca tendonului flexor produc o durere mare. Pe baza acestor constatări, puneţi diagnosticul şi notificaţi imediat chirurgul de mână. Ce denumire este dat criteriilor folosite pentru a face diagnosticul?

a. Finkelstein
b. Trusou
c. Tinel
d. Kanavel
e. Phalen

302. Un angajat de birou în vârstă de 41 de ani se prezintă la urgenţă cu durere la încheietura mâinii şi degetele drepte, care este asociată cu o senzaţie de furnicături. Durerea o trezeşte ocazional din somn şi se ameliorează atunci când mâna este strânsă. Îşi aminteşte că a căzut la încheietura mâinii în urmă cu 2 ani în timp ce patinea. Simptomele ei sunt reproductibile atunci când încheietura mâinii este ţinută în flexie timp de 60 de secunde. Care dintre următorii nervi este afectat la pacienţii cu acest sindrom?

a. Ulnar
b. Median
c. Axillary
d. Radial
e. Musculocutaneous

303. Un tânăr de 23 de ani se prezintă la Urgenţe plângându-se de durere la mâna stângă. El afirmă că a fost supărat pe un prieten şi a lovit peretele din dormitorul său. Imediat după ce a lovit peretele, a simţit o durere intensă în mâna stângă. La examenul fizic, observaţi umflături şi sensibilitate peste al cincilea metacarpian. Când îi ceri să facă un pumn, al cincilea deget se roteşte pentru a se întinde deasupra celui de-al patrulea deget. Radiografia este prezentată mai jos. Cum se numeşte acest tip de fractură?

(Reprodus, cu permisiune, din Knoop KJ, Stack LB, Storrow AB. Atlas of Emergency Medicine . *NewYork, NY:McGraw-Hill, 2002:305.)*

a. Fractură Colles
b. Fractură Smith
c. Fractură de scafoid
d. Fractura Galeazzi
e. Fractura boxerului

304. Un bărbat de 43 de ani se prezintă la urgenţă după ce a căzut la aproximativ 6 metri de acoperişul garajului său. Pacientul afirmă că a aterizat în picioare dar apoi a căzut la pământ. Îi evaluezi ABC (căile respiratorii, respiraţia şi circulaţia), care sunt toate normale. Semnele vitale sunt stabile. Sondajul secundar dezvăluie un călcâi drept umflat şi sensibil. O radiografie evidenţiază o fractură a calcaneului. La aproximativ 6 ore de la căderea iniţială, pacientul începe să se plângă de o arsură constantă la piciorul drept. Examinaţi piciorul şi provocaţi durere cu mişcare pasivă. Există o scădere a discriminării în două puncte. Pulsul lui dorsal pedis este 2+. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Se pune gheata pe picior si se administreaza analgezie.
b. Comandaţi o altă radiografie pentru a căuta o fractură oculta.
c. Ridicaţi piciorul şi plasaţi un bandaj elastic în jurul piciorului.
d. Comandaţi o ecografie duplex pentru suspiciunea de tromboză venoasă profundă (TVP).
e. Măsuraţi presiunea intracompartimentală a piciorului.

305. Un bărbat în vârstă de 41 de ani este adus în UR după ce a fost martor la o criză tonico-clonică. Este alert și orientat și afirmă că nu și-a luat medicamentele pentru convulsii în ultima săptămână. TA este de 140/75 mmHg, HR este de 88 de bătăi pe minut, temperatura este de 99,7 ° F și RR este de 16 respirații pe minut. La examinare, observați că brațul lui este rotit intern și indus. El nu poate roti extern brațul și orice mișcare a umărului îi provoacă durere. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Fractură de humerus
b. Fractură de claviculă
c. Fractură scapulară
d. Luxația posterioară a umărului
e. Luxația anterioară a umărului

306. Un bărbat în vârstă de 24 de ani se prezintă la urgență plângându-se de durere la încheietura mâinii drepte care a început după ce a alunecat și a căzut și a aterizat pe mâna întinsă. Examinați mâna și încheietura mâinii și nu observați nicio anomalie, cu excepția sensibilității la tabaturi. O radiografie nu evidențiază o fractură. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Puneți un înveliș ACE în jurul mâinii și încheieturii mâinii până când durerea se rezolvă.
b. Imobilizați încheietura mâinii într-o atela pentru degetul mare și solicitați pacientului să urmărească cu un ortoped pentru radiografii repetate în 10 până la 14 zile.
c. Continuați să înghețați încheietura mâinii timp de 24 până la 48 de ore.
d. Comandați o scanare CT pentru a evalua o fractură oculta.
e. Puneți încheietura mâinii și brațul în ghips timp de 6 săptămâni.

307. O femeie în vârstă de 29 de ani se prezintă la urgență plângându-se că durerea de la încheietura mâinii stângi se agravează timp de 1 lună. Ea afirmă că acum aproximativ 3 luni a căzut de pe o scară și a aterizat pe mâna întinsă. Ea nu a mers niciodată la spital și doar a făcut față durerii pentru o vreme. La examinare, nu există nicio deformare a încheieturii mâinii. Starea neurovasculară este normală, dar există sensibilitate când palpezi tabatura. Care este cel mai probabil motiv pentru durerea încheieturii mâinii acestui pacient?

a. Fractura ulnei distale
b. Fractură acută a scafoidului
c. Necroza avasculară a scafoidului
d. Hematomul arterei radiale
e. Fractura lunarului

308. Un muncitor de la depozit în vârstă de 43 de ani ajută la stocarea de cutii mari frigorifice pe stivuitor. Una dintre cutii începe să cadă de pe raft și încearcă

să o prindă înainte să cadă. Făcând acest lucru, mâna lui este hiperextinsă la încheietura mâinii şi provoacă durere imediată. În ED, observaţi o limitare a - mişcării normale a încheieturii mâinii cu plenitudine palpabilă pe aspectul volar. Pacientul se plânge şi de furnicături în distribuţia nervului median. Care dintre următoarele leziuni este cel mai frecvent asociată cu dezvoltarea sindromului acut de tunel carpian?

a. Luxaţie lunară
b. Luxaţie perilunară
c. Luxaţie scafolunară
d. Dislocarea capitatului
e. Fractură de scafoid

309. Un jucător de fotbal de colegiu în vârstă de 22 de ani se prezintă la urgenţă cu dureri de genunchi. El afirmă că în timpul meciului de fotbal de astăzi a primit o lovitură directă în partea laterală a genunchiului. Radiografia genunchiului este negativă pentru fractură, dar arată un revărsat. La examinare, confirmi hemartroza. Pe măsură ce îi examinezi ligamentele genunchiului, observi instabilitate articulară cu stres valgus la 30 de grade de flexie. Restul examinării tale nu este remarcabil. Prejudiciul acestui pacient este cel mai în concordanţă cu?

a. Ruptura LCL
b. Ruptura MCL
c. Ruptura ACL
d. Ruptura PCL
e. Ruptura meniscului medial

310. Un constructor de case în vârstă de 31 de ani taie o bucată de lemn când masa a văzut rătăciri şi felii prin baza degetului său stâng. În ED, TA este de 135/70 mm Hg, HR 87, RR 18, iar oxigenul din puls este de 99%. Stabilizezi - pacientul şi chemi chirurgul vascular. Între timp, care este cea mai bună metodă de conservare a degetului amputat?

a. Irigaţi-l cu soluţie de povidonă-iod 10% pentru a îndepărta contaminarea grosieră, înfăşuraţi-l în tifon steril umezit cu soluţie salină normală şi puneţi-l între două pachete de gheaţă.
b. Irigaţi-l cu soluţie salină normală pentru a îndepărta contaminarea grosieră, înfăşuraţi-l în tifon steril umezit cu soluţie salină normală şi apoi puneţi-l pe gheaţă.
c. Irigaţi-l cu soluţie salină normală pentru a îndepărta contaminarea grosieră, înfăşuraţi-l în tifon steril umezit cu soluţie salină normală, puneţi-l într-un recipient steril etanş şi depozitaţi acest recipient în apă cu gheaţă.
d. Puneţi-l într-un recipient cu soluţie de povidonă-iod 10% şi depozitaţi acest recipient în apă cu gheaţă.
e. Încercaţi să replantaţi parţial piesa cu suturi de nailon 3-0 până la sosirea chirurgului vascular.

311. Un bărbat de 47 de ani se prezintă la urgenţă plângându-se de dureri de genunchi după ce a alunecat pe gheaţă în drum spre serviciu. La examinare, observaţi o umflare semnificativă la genunchi şi palpaţi o efuziune mare. Pacientul are o gamă limitată de mişcare ca urmare a umflăturii. Efectuaţi o artrocenteză paliativă şi notaţi globule de sânge şi grăsime în seringă. Care dintre următoarele constatări este cea mai sugestivă prezenţa globulelor de grăsime?

a. ACL tear
b. PCL tear
c. Medial meniscus tear
d. Fracture
e. Vascular injury

312. O femeie în vârstă de 76 de ani este adusă la urgenţă plângându-se de dureri de şold după o coliziune cu un autovehicul. Ea afirmă că genunchiul i s-a izbit de bord după ce maşina ei a lovit un alt vehicul. La examinare, observaţi că piciorul ei drept pare scurtat, indus, rotit intern şi flectat. Nu are alte răni. Radiografia şoldului ei confirmă diagnosticul de luxaţie de şold. Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la acest tip de vătămare este adevărată?

a. Cea mai frecventă prezentare a acestei leziuni este o extremitate inferioară abdusă, rotită extern şi îndoită.
b. Acest tip de leziune reprezintă 5% până la 10% din toate luxaţiile de şold.
c. Leziunea este de obicei cauzată de o forţă directă aplicată unui genunchi flectat.
d. Cea mai frecventă complicaţie este leziunea arterei femurale.
e. Nervul femural este aproape întotdeauna lezat în acest tip de luxaţie.

313. Un tâmplar de 33 de ani lucra la un proiect de construcţie pentru construirea unei case noi. În timp ce folosea un pistol de vopsea de înaltă presiune, şi- a injectat din greşeală degetul arătător stâng. La sosirea la UR, el se plânge de dureri intense de mână. La examinare, observaţi o rană de 2 mm peste a doua falange proximală. Are gamă completă de mişcare şi reumplere capilară rapidă. Radiografiile degetului arată umflarea ţesuturilor moi, o cantitate mică de aer subcutanat, dar nicio fractură. Tetanosul lui este la zi. Care dintre următoarele este cea mai potrivită dispoziţie pentru acest pacient?

a. Puneţi mâna într-o atelă de jgheab radială şi solicitaţi pacientului să urmărească un chirurg ortoped în 1 săptămână.
b. Eliberaţi acasă cu medicamente pentru durere şi solicitaţi pacientului să se întoarcă pentru radiografii repetate în 1 săptămână.
c. Comandaţi o scanare CT a degetului pentru a confirma că nu există nicio fractură oculta înainte de a externa pacientul acasă.
d. Puneţi mâna într-o atelă de jgheab radială, prescrieţi o cură de antibiotice de 10 zile şi solicitaţi pacientului să urmărească un chirurg ortoped în 1 săptămână.
e. Pune mâna într-o atela de jgheab radială, administrează antibiotice cu spectru larg şi admite serviciul de ortopedie pentru debridare operativă.

314. Un bărbat de 29 de ani se află la 10 picioare pe o scară şi îşi pictează tavanul hambarului când îşi pierde echilibrul şi cade de pe scară, aterizează pe ambele picioare şi apoi căzând la pământ. Este adus la urgenţă de către serviciile medicale de urgenţă (EMS). La examinare nu există deformări evidente, dar observaţi umflături, sensibilitate şi echimoză la nivelul piciorului posterior drept. Are o gamă completă de mişcare la gleznă, genunchi şi şold. Există o sensibilitate uşoară peste coloana lombară. Starea neurovasculară a lui este normală. Radiografiile confirmă diagnosticul. Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la acest tip de vătămare este adevărată?

a. Această leziune este al doilea cel mai frecvent fracturat os tarsal.
b. 10% sunt asociate cu fracturi de compresie ale coloanei vertebrale dorsolumbare.
c. 90% sunt bilaterale.
d. Mecanismul de leziune este de obicei secundar forţei de rotaţie la nivelul articulaţiei subtalar.
e. Aceste fracturi necesită reparaţie operatorie pentru a evita defectele de mers.

315. O femeie de 39 de ani este adusă la urgenţă de către EMS pe un panou şi guler cervical după ce a fost implicată într-o coliziune cu un autovehicul. Sondajul primar este neremarcabil. Cu toate acestea, sondajul secundar relevă o deformare a braţului drept care implică partea superioară a braţului şi cotul. Care dintre următoarele asociaţii sunt împerecheate *incorect?*

a. Fractură de olecran şi leziune a nervului ulnar
b. Luxaţia posterioară a cotului şi leziunea nervului ulnar şi median
c. Luxaţia anterioară a cotului şi leziunea arterei brahiale
d. Fractură supracondiliană şi leziune a arterei brahiale şi a nervului median
e. Fractura diafisului humeral şi leziunea nervului axilar

316. Un bărbat de 31 de ani merge cu bicicleta de munte pe un deal abrupt când loveşte o stâncă în potecă şi este aruncat de pe bicicletă. În ED, individul se plânge doar de dureri de braţ stâng. Sondajul dvs. principal nu poate fi marcat. După administrarea medicamentelor pentru controlul durerii, trimiteţi pacientul pentru o radiografie a braţului. Care dintre următoarele leziuni este în - concordanţă cu radiografia acestui pacient, aşa cum se vede mai jos?

(Cu amabilitatea lui Adam J. Rosh, MD.)

a. Fractura Monteggia
b. Fractura Galeazzi
c. Fractură de gaşcă
d. Fractură Colles
e. Fractură Smith

317. O igienista dentara de 32 de ani se prezinta la UR cu o leziune dureroasa

la aspectul distal al degetului aratator drept. Persoana afirmă că a avut febră şi stare de rău în ultima săptămână şi, ulterior , a dezvoltat durere şi arsură la degetul infectat. În săptămâna următoare, ea a observat eritem, edem şi dezvoltarea unor vezicule mici grupate pe o bază eritematoasă, aşa cum este prezentat în imaginea de mai jos. Care dintre următoarele ar trebui *evitate* atunci când gestionaţi această afecţiune?

(Reprodus, cu permisiune, din Wolff K,Johnson RA, Suurmond R. Fitzpatrick's Color Atlas & Sinopsis de dermatologie clinică *. a 5-a ed. New York, NY:McGraw-Hill;2005:Figura 25-27.)*

a. Efectuarea unei incizii şi drenaj pentru a facilita vindecarea şi a evita suprainfectia bacteriană.
b. Atelarea degetului şi recomandarea de ridicare şi analgezice.
c. Prescrierea unui agent antiviral, cum ar fi aciclovirul.
d. Aplicarea unui pansament uscat peste leziuni pentru a preveni transmiterea.
e. Prescrierea unui antibiotic dacă există dovezi de suprainfectie bacteriană.

318. Un bărbat în vârstă de 43 de ani se prezintă la urgenţă plângându-se de durere la mâna dreaptă. Individul afirmă că în urmă cu 3 zile şi-a perforat din greşeală degetul arătător cu degetul mare. Ulterior, degetul a devenit roşu şi a

început să se umfle şi a avut dureri la mişcarea degetului. Starea lui de tetanos este la zi. Bănuieşti că diagnosticul pacientului este tenosinovită. Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la cele patru semne cardinale ale tenosinovitei flexoare ale lui Kanavel este corectă?

a. Degetul infectat este ţinut în uşoară flexie în repaus
b. Umflarea asimetrică a degetului
c. Sensibilitate de-a lungul tecii tendonului extensor
d. Nedureroasă cu amplitudine pasivă de mişcare
e. Nuanţă purpurie la vârful distal

319. O patinatoare artistică în vârstă de 29 de ani aterizează incorect după o săritură şi se răneşte la glezna dreaptă. Ea se ridică singură, dar are dificultăţi în a suporta greutatea, aşa că sună la EMS. Ea se prezintă la urgenţă cu umflare şi sensibilitate a maleolei laterale. Palpezi un puls al dorsalului pedis şi al tibialului posterior. Este capabilă să planteze şi să flexeze dorsal fără dificultate. Nu sunteţi sigur dacă pacienta necesită o radiografie de gleznă, deoarece credeţi că a suferit doar o entorsă. În plus faţă de durerea din apropierea maleolelor, care dintre următoarele este o indicaţie pentru o radiografie conform regulilor de la gleznă şi picior de la Ottawa?

a. Sensibilitatea osoasă este prezentă la marginea anterioară a distanţei de 12 cm sau la vârful fiecărei maleole.
b. Pacientul este capabil să suporte greutatea timp de cel puţin patru paşi imediat după accidentare, dar nu în momentul evaluării.
c. Sensibilitatea osoasă este prezentă la nivelul navicularului sau la baza celui de-al cincilea metatarsian.
d. Reflexul lui Ahile este diminuat pe partea leziunii.
e. O efuziune este prezentă la examenul clinic.

Leziuni musculo-scheletale

Răspunsuri

292. **Răspunsul este d. (Tintinalli** *, pp 1665-1681.)* Scafoidul este **cel mai frecvent os carpian rănit într-o cădere pe mâna întinsă** (o leziune „FOOSH"). La examinare, pacienţii prezintă sensibilitate la snuffbox-ul anatomic şi durere raportată la snuffbox anatomic cu compresie longitudinală a degetului mare. În cazul unui deget mare sensibil, trebuie aplicată o atela pentru degetul mare până când filmele pot fi repetate după 1 săptămână, deoarece filmele iniţiale ar putea să nu dezvăluie fractura. Aplicarea atelei este deosebit de importantă, din cauza riscului mare al scafoidului de necroză avasculară.

(a) Leziunea cipului dorsal al Triquetrum este a doua cea mai frecventă fractură a osului carpian şi apare cu o FOOSH sau o lovitură directă în dorsul mâinii. **(b)** Fractura lunară este a treia cea mai frecventă fractură carpiană. Această leziune este, de asemenea, expusă riscului de necroză avasculară şi orice vătămare suspectată trebuie plasată într-o atela de spica pentru degetul mare. **(c)** Capitatul este cel mai mare os carpian şi cuprinde 5% până la 15% din toate fracturile carpiene. **(e)** Pisiformul este singurul os carpian cu o singură articulaţie (triquetrul). Din punct de vedere anatomic, este important deoarece ramura profundă a nervului ulnar şi a arterei trec în imediata apropiere a suprafeţei radiale a osului. Este o fractură neobişnuită.

293. **Răspunsul este a.** *(Simon şi Koenigsknecht, pp. 1591-1592.)* **Pseudoguta** este cea mai frecventă cauză a **artritei acute monoarticulare** la **vârstnici.** Afectează femeile şi bărbaţii în mod egal, în primul rând după a şasea decadă de viaţă. Este cauzată de depunerea de **cristale de pirofosfat de calciu.** Genunchiul este articulaţia cel mai frecvent afectată, urmată de încheietura mâinii şi glezna. Lichidul sinovial **dezvăluie cristale în formă de romboid** care sunt **birrefringente slab pozitive** la lumină polarizată. Tratamentul este, în general, de susţinere cu AINS.

Guta **(b)** apare frecvent la bărbaţii de vârstă mijlocie şi la adulţii în vârstă. Cristalele de acid uric se depun de obicei la nivelul extremităţilor inferioare, în

special degetul mare (podagra). Evaluarea lichidului sinovial relevă cristale în formă de ac care prezintă birefringenţă negativă la lumină polarizată. Artrita septică **(c)** este o urgenţă medicală care afectează cel mai frecvent genunchiul la adulţi. Lichidul articular dezvăluie, în general, mai mult de 50.000 WBC/mm ^{3}, cu majoritatea neutrofile. Artrita reumatoidă **(d)** este o boală autoimună care se caracterizează printr-o poliartrită simetrică progresivă. Spre deosebire de osteoartrita **(e)** , artrita reumatoidă are manifestări sistemice.

294. **Răspunsul este a.** *(Simon şi Koenigsknecht, pp. 453-460.) Ligamentele* încrucişate sunt două benzi interne care se extind de la tibie la femur, una anterior şi cealaltă posterior. Ele controlează stabilitatea anteroposterioară şi rotativă a genunchiului şi previn hiperextensia. LCA **este cel mai frecvent ligament rănit la genunchi.** Are o cantitate bogată de sânge, ceea ce explică incidenţa mare a **hemartrozei** atunci când ligamentul este rănit. O istorie care include un **pop** sau **un snap** în momentul accidentării (de exemplu, în timpul unei întoarceri bruşte în direcţia în timp ce faceţi sport) sugerează o ruptură a LCA până când se dovedeşte contrariul, în special atunci când este asociată cu dezvoltarea rapidă a unui revărsat la genunchi.

PCL **(b)** este semnificativ mai puternic decât ACL şi ligamentele colaterale . Prin urmare, vătămarea acesteia este rară şi este de obicei asociată cu leziuni severe ale genunchiului. **(c şi d)** Medial şi LCL sunt adesea răniţi cu forţe excesive de valgus (genunchi forţat medial faţă de picior) şi respectiv varus (genunchi forţat lateral faţă de picior). Ligamentul rotulian **(e)** merge de la rotula la tuberozitatea tibială şi funcţionează pentru a ajuta la extinderea piciorului la genunchi. Ligamentul este de obicei rănit atunci când o persoană cade pe un genunchi parţial flectat.

295. **Răspunsul este e.** *(Simon şi Koenigsknecht, p. 566.)* Diagnosticul pacientului este o **ruptură de tendon lui Ahile.** Persoana prezintă o istorie de durere bruscă şi chinuitoare şi a auzit sau simţit un **pop** sau **un pocnet.** Această entitate este cea mai frecventă la bărbaţii sedentari, de vârstă mijlocie sau la sportivi. Diagnosticul poate fi pus cu **testul Thompson.** Pacientul este plasat în poziţia culcat. Cu funcţia normală, strângerea gambei produce flexia plană a piciorului. Cu o ruptură completă a tendonului lui Ahile, flexia plantară nu va avea loc. Dacă dubiile rămân, imagistica prin rezonanţă magnetică (RMN) sau ultrasunetele pot fi utilizate pentru a confirma diagnosticul.

Semnul Homan **(a)** este folosit în mod tradiţional pentru a ajuta la diagnosticarea TVP. Este considerată pozitivă atunci când dorsiflexia pasivă a gleznei provoacă dureri ascuţite la nivelul gambei. Cu toate acestea, acest semn nu este nici sensibil şi nici specific pentru TVP. Testul Lachman **(b)** este utilizat

pentru a detecta o leziune a LCA a genunchiului. Testul McMurray **(c)** este utilizat pentru a detecta o leziune a meniscului genunchiului. O rotula care poate fi votată **(d)** semnifică o efuziune semnificativă la genunchi.

296. **Răspunsul este a.** *(Simon şi Koenigsknecht, p. 143.)* Aportul de sânge către scafoid pătrunde în mod normal în cortexul la partea distală a osului. Prin urmare, nu există **alimentare directă cu sânge către porţiunea proximală a osului** , ceea ce predispune acest fragment la necroză avasculară şi unire întârziată. Cu cât fractura este mai proximală în leziunile scafoidului, cu atât este mai mare probabilitatea de a dezvolta necroză vasculară.

297. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp. 592-602.)* Acest pacient are **o luxaţie anterioară a umărului.** Articulaţia glenohumerală este articulaţia cel mai frecvent dezlocată din corp, în principal din cauza lipsei stabilităţii osoase şi a gamei sale largi de mişcare. Luxaţiile anterioare reprezintă 95% până la 97% din cazuri şi sunt cel mai frecvent întâlnite la bărbaţi mai tineri, sportivi şi femei geriatrice. Se întâmplă de obicei prin intermediul unei forţe indirecte care implică o abducţie plus extensie plus leziune de rotaţie externă Direct, poate apărea ca urmare a unei lovituri posterioare care forţează capul humeral să iasă din marginea glenoidiană anterior Radiografiile obţinute trebuie să includă o vedere axilară pentru a determina poziţionarea capului humeral. Pacienţii prezintă de obicei dureri severe, ţinând braţul afectat cu mâna contralaterală în uşoară abducţie. Procesul acromial lateral este proeminent, oferind umărului un aspect plin sau pătrat. De obicei, pacienţii nu îşi pot roti umărul intern. **Leziunile nervului axilar** pot apărea în până la 54% din luxaţiile anterioare; cu toate acestea, acestea sunt de natură neuropraxică şi tind să se rezolve de la sine. În urma distribuţiei dermatomului C5/C6, pacienţii au o pierdere a senzaţiei pe partea laterală a deltoidului cu scăderea contracţiei musculare cu abducţie. După relaxarea musculară adecvată cu sedare conştientă sau injecţie intraarticulară, se poate încerca reducerea închisă folosind o varietate de metode. După reducere, este imperativ să se repete un examen neurovascular şi să se obţină radiografii de confirmare.

Entorsele articulaţiei acromioclaviculare **(a)** apar în principal la bărbaţi şi reprezintă 25% din toate luxaţiile. Cu toate acestea, mecanismul de vătămare - implică în primul rând o cădere sau o lovitură directă a braţului indus care provoacă o tracţiune în jos şi o împingere medială a scapulei.

Luxaţiile posterioare **(b şi e)** sunt rare din cauza unghiului scapular de pe coastele toracice. Ele sunt observate, totuşi, în crizele convulsive în care muşchii rotatori interni mari îi învinge pe rotatorii externi mai slabi şi provoacă luxaţia. Leziunile nervului median **(d)** implică în principal slăbiciune în primii trei flexori

ai degetelor. Leziunile nervului ulnar **(e)** implică în principal slăbiciune în mușchii interosei ai mâinii și parestezii de-a lungul celei de-a cincea cifre.

298. Răspunsul este b. *(Rosen, pp 593-596.)* Radiografia confirmă o **luxație anterioară** a umărului stâng. Pacientul este prezent în mod obișnuit în durere severă cu brațul luxat ținut în abducție ușoară și rotație externă de extremitatea opusă. Pacientul se înclină departe de partea rănită și nu poate aduct sau roti intern umărul fără durere severă. Fracturile asociate pot apărea în până la 50% din luxațiile anterioare. Cea mai frecventă dintre acestea este o **fractură prin compresie a capului humeral,** cunoscută sub numele de **deformare Hill-Sachs.**

(a) Fractura marginii glenoidei anterioare sau fractura Bankart este, de asemenea, asociată cu luxații anterioare, dar este prezentă în aproximativ 5% din cazuri. Opțiunile (**c** , **d** și **e)** nu sunt asociate în mod obișnuit cu luxațiile anterioare.

299. Răspunsul este e. *(Rosen, pp. 780-783.)* Acest pacient a suferit cel mai probabil o **leziune cu pumnul închis** , care are rate ridicate de infecție și dovezi de vindecare slabă a rănilor. Rănile provocate de lovituri în maxilar și mușcături umane, cunoscute și sub denumirea de „mușcături de luptă", sunt în mod clasic peste **articulațiile metacarpiene.** Penetrarea adânc în spațiul articular și infecția este obișnuită, având în vedere poziționarea mâinii în timpul rănii, flora orală umană și întârzierea căutării tratamentului. Rănile infectate sunt **polimicrobiene** și includ în mod specific **Eikenella corrodens** , o baghetă anaerobă facultativă gram-negativă adăpostită în placa dentară umană. Acționează sinergic cu organismele aerobe pentru a crește morbiditatea acestor leziuni. Spațiile articulare trebuie examinate în întreaga gamă de mișcare pentru a detecta orice lacerații ale tendonului sau prezența corpurilor străine. Radiografiile mâinii trebuie, de asemenea, efectuate pentru a examina orice afectare osoasă. **Antibiotice IV** și **internarea** este dispoziția corespunzătoare. Antibioticele de elecție sunt **penicilina și cefalosporinele de a doua generație,** cu o acoperire mai largă la imunocompromise . Rănile trebuie lăsate deschise cu un pansament steril, atele în poziția de funcționare (poziția de ținere a mâinii-sticlă) și elevate . Mușcăturile umane au dus la transmiterea hepatitei B, hepatitei C, sifilisului și herpesului. Deși HIV este prezent în saliva umană, este în cantități relativ mici și este considerat un risc scăzut de transmitere. La acești pacienți ar trebui luate în considerare antivirale adecvate și teste .

(a și b) Nu trebuie să suturați niciodată aceste lacerații. **(c și d)** Irigarea rănilor și profilaxia tetanosului sunt justificate în combinație cu **antibiotice IV.**

300. Răspunsul este e. *(Rosen, pp. 521-523.)* Pacientul are un deget **de ciocan sau o ruptură a tendonului extensor** care se introduce în baza

falange distală. Acest tip de leziune apare adesea ca urmare a unei flexii bruşte şi forţate a unui deget întins atunci când un obiect, cum ar fi o minge de fotbal, loveşte vârful degetului. Acesta este mecanismul comun în rândul sportivilor. Clinic, pacienţii prezintă durere şi umflătură peste articulaţia DIP, care este ţinută în flexie de până la 40 de grade din cauza pierderii mecanismului extensor. Cel mai important aspect în gestionarea acestor leziuni este **menţinerea articulaţiei DIP în extensie continuă până când apare vindecarea.** Prin urmare, trebuie aplicată o atela astfel încât numai DIP să fie imobilizat în extensie timp de 6 până la 8 săptămâni. Articulaţiile PIP şi MCP trebuie să fie mobile. Orice întrerupere a articulaţiei DIP imobile poate duce la o vindecare necorespunzătoare.

301. **Răspunsul este d.** *(Tintinalli, p 1791.)* **Criteriile Kanavel** pentru **tenosinovita flexoarelor** sunt cunoscute sub denumirea de **PAS** .: (1) umflarea **simetrică** a degetului, (2) **sensibilitatea** peste teaca tendonului flexor, (3) **extensia** (pasivă) a degetului este dureroasă şi (4) **postura** degetului flexată. O tenosinovită este o infecţie a tecii tendonului flexor cauzată de traume penetrante şi răni murdare (de exemplu, o muşcătură de câine). Infecţia se răspândeşte de-a lungul tecii tendonului; prin urmare, eşecul de a diagnostica şi trata o tenosinovite flexoare poate duce la pierderea funcţiei degetului afectat şi, în cele din urmă, a întregii mâini. Este, prin urmare, o urgenţă chirurgicală. Tratamentul include imobilizarea şi ridicarea mâinii , consultarea imediată cu un chirurg de mână şi antibiotice IV. Controlul durerii şi imunizarea împotriva tetanosului trebuie asigurate, dacă nu sunt actualizate.

(a) Testul Finkelstein pentru tenosinovita DeQuervain este pozitiv atunci când, cu degetul mare în cupa într-un pumn închis, deviaţia cubitală reproduce durerea de-a lungul extensorului pollicis şi abductorului pollicis. **(b)** Semnul de trousseau pentru hipocalcemie este pozitiv atunci când o manşetă BP umflată deasupra TA sistolică timp de 3 minute induce spasm carpian. **(c şi e)** Comprimarea nervului median poate duce la sindromul de tunel carpian, care se prezintă cu durere şi parestezii în distribuţia nervului median. Semnul Tinel este pozitiv atunci când atingerea nervului median de la încheietura mâinii produce durere şi parestezie, în timp ce testul Phalen este pozitiv când un minut de flexie palmară forţată produce durere şi parestezie peste distribuţia nervului median.

302. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp. 547-549.)* **Sindromul de tunel carpian** este o neuropatie a **nervului median** care apare ca urmare a compresiei nervului din tunelul carpian al încheieturii mâinii. Simptomele **includ teziile de pares şi durerea** în distribuţia nervului median; degetul mare volar, al doilea, al treilea şi

jumătate din a patra cifră. Simptomele sunt de obicei mai grave după activităţi intense şi pe timp de noapte. Durerea se ameliorează prin strângerea mâinii sau ţinând-o într-o poziţie dependentă. Un test sensibil folosit pentru a diagnostica tunelul carpian este **testul Phalen.** Puneţi pacientului să ţină încheietura mâinii afectate în hiperflexie timp de 60 de secunde. Testul este pozitiv dacă se dezvoltă parestezii sau amorţeală în distribuţia nervului median.

(a) Distribuţia senzorială a nervului ulnar este peste a patra şi a cincea sapă **. (d)** Distribuţia senzorială a nervului radial este deasupra mâinii posterioare. **(c)** Distribuţia senzorială a nervului axilar este peste braţul proximal. **(e)** Distribuţia senzorială a nervului musculocutanat este peste antebraţul lateral.

303. **Răspunsul este e.** *(Simon şi Koenigsknecht, pp. 123-126.) Fractura* unui **boxer este o fractură a gâtului celui de-al cincilea metacarpian.** Este una dintre cele mai frecvente fracturi ale mâinii şi apare de obicei în urma unui impact direct asupra mâinii (de exemplu, un pumn cu pumnul închis).

(a) Fractura Colles este cea mai frecventă fractură a încheieturii mâinii observată la adulţi. Este o fractură transversală a metafizei radiale distale, care este deplasată şi angulată dorsal. De obicei apare de la o cădere pe o mână întinsă.
(b) Fractura Smith este o fractură transversală a metafizei radiusului distal, cu deplasare palmară şi angulaţie asociate (opusul unui Colles). Ele apar în mod obişnuit ca urmare a unei lovituri directe sau cad pe partea dornă a mâinii. **(c)** O fractură de scafoid este cea mai frecventă fractură a oaselor carpiene. Se observă de obicei la adulţii tineri ca urmare a unui FOOSH.
(d) O fractură Galeazzi implică o fractură la joncţiunea treimii mijlocii şi distale ale radiusului, cu o luxaţie asociată a articulaţiei ulnare radiale distale.

304. **Răspunsul este e.** *(Simon şi Koenigsknecht, pp. 489-491.)* Pacientul prezintă semne şi simptome ale **sindromului compartimental.** Sindromul apare ca urmare a creşterii presiunii într-un spaţiu osteofascial restrâns care împiedică funcţia neurovasculară. Rezultatul final este necroza şi deteriorarea ţesuturilor. Poate apărea după leziuni prin zdrobire, arsuri circumferenţiale, hemoragie, edem sau orice proces care creşte presiunea compartimentului. Din punct de vedere clinic, pacientul se plânge de durere disproporţionată cu leziunea. Examenul fizic poate evidenţia umflături, deficite senzoriale şi durere cu mişcarea pasivă. **Prezenţa unui puls nu exclude sindromul compartimental.** Descoperirile tardive includ paloarea pielii, pulsuri diminuate sau absente şi o extremitate rece. Singura modalitate de a diagnostica sindromul de compartiment este de a **măsura presiunea mentală intracompartială cu un dispozitiv Stryker.** O presiune **mai mare de 30 mm Hg** este considerată diagnostică şi necesită o **fasciotomie** pentru a evita

afectarea ţesuturilor.

(a) Gheaţa poate reduce umflarea, dar nu va preveni sindromul compartimentar. Există, de asemenea, riscul de scădere a fluxului sanguin către ţesutul deteriorat din cauza efectului vasoconstrictiv al gheţii. **(b)** Nu există niciun motiv pentru a bănui că o fractură oculta provoacă durere. **(c)** Se recomandă ridicarea la nivelul inimii , cu toate acestea, toate bandajele constrictoare trebuie îndepărtate. Înălţarea deasupra inimii nu este recomandată. Din nou, acest lucru poate limita fluxul de sânge către ţesutul deteriorat. **(d)** O TVP nu ar trebui să provoace această durere.

305. Răspunsul este d. *(Rosen, pp. 596-597.)* Prezentarea clinică a pacientului - este în concordanţă cu o **luxaţie posterioară a umărului.** Luxaţiile posterioare sunt rare şi reprezintă doar 2% din toate luxaţiile glenohumerale. Luxaţiile posterioare sunt în mod tradiţional asociate cu **pacienţii cu convulsii şi leziuni de fulger.** Cu toate acestea, luxaţia cea mai frecventă observată la pacienţii după criză este o luxaţie anterioară. În mod clasic, pacientul ţine braţul luxat peste piept în aducţie şi rotaţie internă. Abducţia este limitată şi rotaţia externă este blocată. Radiografiile pot dezvălui un **semn „bec"** , care este aspectul becului atunci când capul humeral este profilat în rotaţie internă.

Deşi orice tip de leziune poate apărea cu o convulsie, prezentarea clinică a pacientului este în concordanţă cu o luxaţie posterioară a umărului.

306. Răspunsul este b. *(Rosen, pp. 538-539.)* **Scafoidul** este osul carpian cel mai frecvent fracturat. Este de obicei observată la pacienţii cu vârsta între douăzeci şi treizeci de ani după un FOOSH. În mod clasic, examenul fizic evidenţiază **sensibilitate în tabatura anatomică,** spaţiul dintre extensorul lung şi extensorul scurt. Pe radiografie, însă, până la 15% din fracturile de scafoid nu sunt detectate. Pe măsură ce osul necrotic de la locul fracturii este resorbit, linia fracturii devine adesea evidentă pe radiografii la 10 până la 14 zile după leziune. Prin urmare, pacienţii cu sensibilitate la snuffbox şi o radiografie iniţială ar trebui să fie atelei într- **o atela cu degetul mare** şi rugaţi să revină pentru **radiografii repetate în 10 până la 14 zile.**

(a) Plasarea unui înveliş elastic nu va asigura o imobilizare adecvată şi va duce la complicaţii crescute dacă este prezentă o fractură. **(c)** Se recomandă gheaţă, dar este necesară şi imobilizarea. **(d)** Nici măcar o scanare CT nu va detecta fractura imediat după vătămare. Cu toate acestea, dacă după 14 zile există sensibilitate în tabatură şi radiografie rămâne negativă, se justifică o scanare CT. **(e)** Acest lucru este inutil deoarece nu este clar dacă scafoidul este fracturat.

307. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp. 538-539.)* **Necroza avasculară a scafoidului** este observată în aproximativ 3% din fracturile de scafoid. Prezentarea tipică a unei fracturi de scafoid este un FOOSH. La examinare, pacienţii **prezintă sensibilitate în tabaturi** sau sensibilitate cu încărcare axială a degetului mare. Alimentarea cu sânge a scafoidului este asigurată de o singură arteră care curge în porţiunea distală a osului, lăsând porţiunea proximală vulnerabilă în cazul unei fracturi. Acest lucru creşte probabilitatea complicaţiilor, în special a necrozei avasculare, în cazul unei fracturi slab vindecate.

(a) O fractură a ulnei distale s-ar vindeca după 3 luni. Nu există sensibilitate la nivelul ulnei la examinare. **(b)** Această persoană probabil a avut o fractură acută a scafoidului pentru care nu a solicitat îngrijiri medicale. Fractura nu s-a vindecat corespunzător, ducând ulterior la necroză avasculară. **(d)** Este posibil să fi apărut un hematom în momentul rănirii de la o sângerare venoasă. Cu toate acestea, nu ar fi prezent 3 luni mai târziu. **(e)** Fracturile lunare sunt rare, dar sunt complicate şi de necroza avasculară. Acest pacient are sensibilitate la snuffbox, care este mai probabil din cauza unei leziuni de scafoid.

308. **Răspunsul este a.** *(Simon şi Koenigsknecht, p. 178.)* Nervul **median** trece prin tunelul carpian dintre flexorul radial al carpului şi palmar lung. Oferă senzaţie aspectului palmar al celor trei degete şi jumătate radiale, precum şi aspectului dorsal al vârfurilor degetelor arătător şi mijlociu şi jumătate radială a degetului inelar. Localizările dis lunare sunt de obicei cauzate de leziuni de hiperextensie. Lunarul este de obicei deplasat **volar** sau dorsal. Nervul **median poate fi comprimat** în tunelul carpian de către lunar, iar pacientul poate prezenta semne de **sindrom acut de tunel carpian.**

(b) Luxaţiile perilunate sunt cele mai frecvente luxaţii ale încheieturii mâinii.

(c) Luxaţia scafolunarului este uneori definită de semnul „Terry Thomas" sau „Dave Letterman", unde există un decalaj (> 3 mm) în spaţiul dintre scafoid şi lunar (similar cu un decalaj în dinţii frontali ai acestor două persoane). **(d şi e)** Aceste luxaţii sunt rare.

309. **Răspunsul este b.** *(Simon şi Koenigsknecht, pp. 454-456.)* Cel mai comun mecanism de leziune care are ca rezultat leziunea ligamentară este o **stres valgus** cu o componentă rotativă externă pe genunchiul flectat. Acest lucru este comun în accidentările de schi şi fotbal. MCL este de obicei **rănit** . La testarea stabilităţii genunchiului, pacienţii cu rupturi de MCL **prezintă de obicei instabilitate cu un stres în valg cu genunchiul în flexie de 30 de grade. Lacrimile** liga mentoase sunt, de asemenea, asociate cu hemartroza.

(a) Ruperea colateralului lateral este cauzată de un mecanism neobişnuit şi poate fi observată atunci când un schior nu reuşeşte să întreţină un plug de zăpadă şi vârfurile schiurilor lui sau ei se încrucişează provocând un stres în varus. **(c)** Ruptura LCA include, de obicei, o istorie a unui **pop** sau **snap** şi dezvoltarea imediată a unui revărsat la genunchi. Testul Lachman este utilizat pentru a identifica leziunile ACL şi PCL.
(d) Leziunile PCL apar atunci când tibia este forţată posterior faţă de femur. **(e)** În cazul leziunilor meniscale, pacienţii se plâng de obicei că genunchiul lor se blochează pe loc sau aud un clic. Aceste leziuni sunt de obicei cauzate de forţa de rotaţie a unui genunchi care poartă greutăţi şi sunt asociate cu efuzii.

310. **Răspunsul este c.** *(Rosen, p. 527.)* Cel mai bun mod de a păstra o parte amputată este **să o clătiţi cu soluţie salină normală pentru a îndepărta contaminarea grosieră , să o înfăşuraţi în tifon steril umezit cu soluţie salină sau cu ringers lactat şi să o puneţi într-un recipient steril, etanş la apă.** Apoi **depozitaţi acest recipient în apă cu gheaţă.**

(a şi d) Povidonă-iodul este o soluţie antiseptică puternică care este utilizată în mod obişnuit în mediul spitalicesc, în special în sala de operaţie, pentru a crea un câmp steril. Cu toate acestea, se crede că dăunează fibroblastelor şi poate limita vindecarea rănilor. **(b)** Partea amputată nu trebuie plasată direct pe gheaţă sau în apă cu gheaţă, deoarece aceasta poate deteriora şi ţesutul. **(e)** Replantarea degetului mare trebuie efectuată de un chirurg vascular în sala de operaţie. Există un risc crescut de moarte a ţesuturilor cu cât partea tăiată nu este depozitată în mod corespunzător.

311. **Răspunsul este d.** *(Tintinalli, pp 1726-1734.)* Frecvent, există o **fractură** pentru a explica prezenţa grăsimii în articulaţie, deoarece grăsimea a intrat din cavitatea măduvei osoase. Prezenţa globulelor de grăsime poate fi observată în aspiraţia articulară şi chiar pe radiografia genunchiului care arată un revărsat articular cu un nivel de grăsime-lichid.

(a şi b) Rupturile ligamentelor încrucişate sunt asociate cu hemartroza precoce.
(c) Rupturile meniscale sunt asociate cu revărsări care se dezvoltă treptat în 6 până la 24 de ore după accidentare, **(e)** Leziunile vasculare ale genunchiului apar cu fracturi şi luxaţii şi reprezintă o urgenţă medicală.

312. **Răspunsul este c.** *(Simon şi Koenigsknecht, p. 416.)* Pacientul a suferit o **luxaţie posterioară a şoldului.** Cel mai comun mecanism pentru ca acest lucru să se întâmple este în timpul unei coliziuni cu un autovehicul în care **se aplică o forţă directă genunchiului îndoit** (de exemplu, genunchiul pacientului loveşte tabloul

de bord cu viteză mare). Membrul pare scurtat, adus, rotit intern şi flectat. Din cauza forţelor puternice necesare pentru a provoca o astfel de leziune, luxaţiile şoldului apar rareori izolat. Leziunile care pun viaţa în pericol ar trebui întotdeauna abordate mai întâi, înainte de a trata luxaţiile de şold. Cu toate acestea, este necesară reducerea precoce, deoarece probabilitatea **necrozei avasculare** a capului femural creşte direct proporţional cu o întârziere a reducerii. Complicaţiile precoce ale luxaţiilor posterioare includ **leziunea nervului sciatic.** Complicaţiile tardive includ necroza avasculară a capului femural, aşa cum sa menţionat mai sus.

(a) Aceasta este cea mai frecventă prezentare a unei luxaţii anterioare de şold . **(b)** Luxaţiile posterioare ale şoldului reprezintă aproximativ 80% din luxaţiile şoldului. **(d)** Cea mai frecventă complicaţie este necroza avasculară. **(e)** Nervul sciatic este expus riscului de vătămare.

313. **Răspunsul este e.** *(Simon şi Koenigsknecht, p. 159.)* Pacientul a suferit o **leziune prin injecţie de înaltă presiune** la degetul său – aceasta este o urgenţă chirurgicală. Aceste leziuni pot implica **o pierdere extinsă de ţesut** şi sunt asociate cu o **rată mare de infecţie.** Cele mai multe dintre aceste leziuni implică grăsimi, vopsea sau alte toxine industriale. Vopseaua generează un răspuns inflamator mare, precoce, rezultând un procent ridicat de amputaţii. În câteva ore după injectarea degetului, extremitatea devine dureroasă şi umflată. Iniţial, poate exista anestezie şi chiar insuficienţă vasculară a extremităţii. În stadiile târzii, are loc o degradare marcată a pielii, rezultând ulcere şi sinusuri drenante. Dacă materialul injectat în extremitate este radioopac, este posibil să se determine gradul său de răspândire. Managementul implică **atele** şi **ridicarea** extremităţii, administrarea de **antibiotice, profilaxia tetanosului** actualizată conform indicaţiilor, **analgezie şi consult ortopedic** imediat .

314. **Răspunsul este b.** *(Simon şi Koenigsknecht, pp. 534-539.)* Acest individ a suferit o **fractură calcaneană** a piciorului drept. Calcaneul este osul tarsal cel mai frecvent fracturat **(a)** ; astragalul este al doilea cel mai frecvent afectat os tarsal. O fractură calcaneană este de obicei cauzată de o **leziune prin compresie (d)** , cum ar fi o cădere de la înălţime cu pacientul aterizat pe picioare. Examenul evidenţiază umflături, sensibilitate şi echimoză ale piciorului posterior şi incapacitatea de a suporta greutatea fracturii. 10% sunt bilaterale **(c)** iar 10% sunt asociate cu **fracturi de compresie ale coloanei vertebrale dorsolumbare.** Prin urmare, este important să se examineze întreaga coloană a coloanei vertebrale a pacientului. Tratamentul variază în funcţie de amploarea leziunii În general, fracturile extraarticulare nedeplasate sau minore necesită doar îngrijire de sprijin cu imobilizare într-o atela posterioară şi urmărire cu un chirurg ortoped **(e).**

Managementul fracturilor intra-articulare sau deplasate de calcanee rămâne controversat în ceea ce privește reducerea chirurgicală neoperatorie versus reducerea chirurgicală imediată.

315. **Răspunsul este e.** *(Simon și Koenigsknecht, pp. 266-272.)* **Fracturile diafiselor humerale** apar cel mai frecvent de la o lovitură directă la mijlocul brațului superior. Fractura implică de obicei treimea medie a diafisului humeral. Cea mai frecventă leziune asociată este afectarea **nervului radial** care provoacă căderea încheieturii mâinii și pierderea senzației în primul spațiu web dorsal. Pot apărea și leziuni ale nervului ulnar și median, dar sunt mult mai puțin frecvente.

Fracturile de olecran **(a)** sunt asociate cu leziuni ale nervului ulnar. Persoanele pot prezenta parestezii și amorțeală în distribuția nervului ulnar sau slăbiciune a mușchilor interosei. Luxațiile posterioare ale cotului **(b)** sunt asociate cu leziuni ale nervilor ulnar și median. Luxațiile anterioare ale cotului **(c)** , deși mai puțin frecvente, au o incidență mult mai mare a leziunilor vasculare decât luxațiile posterioare. Este important să se evalueze o leziune a arterei brahiale. Fracturile supracondiliene **(d)** , frecvente la indivizii tineri, sunt asociate cu leziuni ale arterei brahiale și ale nervului median, deoarece fragmentul humeral distal este deplasat posterior, plasând astfel fragmentele ascuțite de fractură anterior.

316. **Răspunsul este a.** *(Simon și Koenigsknecht, pp 217-220.)* **Fracturile Monteggia** sunt de o **treime proximală a diafisului ulnar** combinate cu o **luxație a capului radial.** Această leziune apare în mod obișnuit fie dintr-o lovitură directă pe partea posterioară a ulnei, fie dintr-o cădere pe mâna întinsă cu antebrațul în pronație forțată. Această fractură este asociată cu o leziune a nervului radial. Este important să căutați întotdeauna o fractură sau o luxație asociată atunci când este observată una într-un os antebraț.

O fractură Galeazzi **(b)** este o fractură a diafisului radial distal asociată cu o luxație radio-ulnară distală la nivelul articulației radio-ulnare distale (DRUJ). Această fractură este adesea confundată cu fractura Monteggia. O modalitate de a reține diferența este să ne amintim că Monteggia se termină cu un „a" și în această fractură , ulna (se termină și cu „a") este fracturată. O fractură Nightstick **(c)** este o fractură izolată a diafizei ulnei. Această leziune poate apărea după o lovitură directă a ulnei și apare de obicei atunci când o persoană își ridică antebrațul pentru a-și proteja fața de o lovitură. O fractură Colles **(d)** este o - fractură transversală a metafizei radiusului distal cu deplasarea dorsală a fragmentului distal. Nervul median este expus riscului de leziune. O fractură Smith **(e)** este o fractură transversală a metafizei radiale distale cu deplasarea volară a fragmentului distal. Ca și în cazul unei fracturi Colles, nervul median

este expus riscului de rănire

317. **Răspunsul este a.** *(Omori, 2007.)* Pacientul are o **stropire herpetică** , o infecţie virală a degetului distal. Este cauzată de virusul herpes simplex tip I sau II. Această afecţiune apare de obicei la furnizorii de servicii medicale cu expunere la secreţii orale şi la pacienţii cu infecţii herpetice coexistente . Se prezintă în general cu o perioadă prodrom de febră şi stare de rău. Ulterior, apar arsuri localizate, mancarimi si dureri care preced dezvoltarea veziculelor herpetice clare clasice. De obicei, este implicat doar un deget. Diagnosticul se pune de obicei clinic, dar dacă persistă dubii, sau dacă prezentarea este atipică, se poate confirma cu frotiu Tzanck sau cultură virală. La gestionarea acestei afecţiuni, este important de reţinut că **drenajul chirurgical este contraindicat.** Poate duce la infecţie secundară şi vindecare întârziată.

Toate celelalte variante de răspuns **(b, c, d şi e)** sunt opţiuni de management acceptabile .

318. **Răspunsul este a.** *(Simon şi Koenigsknecht, p. 191.)* **Ovita tenosinică a flexorului** rezultă de obicei dintr-o rană prin puncţie. Agenţii cauzali sunt de obicei *Staphylococcus aureus* sau *Streptococcus.* Diagnosticul se bazează pe prezenţa lui **Kanavel a patru semne cardinale** de sinovită a tendonului flexor. Acestea includ degetul ţinut în flexie uşoară în repaus, **(b)** umflarea simetrică sau degetul cârnaţi al degetului, **(c)** sensibilitate de-a lungul tecii tendonului flexor şi **(d)** durere cu amplitudinea pasivă de mişcare a degetului. Alegerea răspunsului **(e)** nu este unul dintre semnele Kanavel.

319. **Răspunsul este c.** *(Richards, 2007.)* Regulile **de la Ottawa** sunt un arbore de decizie clinic validat prospectiv pentru ordonarea radiografiilor la adulţi. Urmând aceste reguli, medicii de urgenţă pot elimina până la 30% din radiografiile care sunt comandate în mod obişnuit, fără a lipsi fracturi semnificative clinic. Radiografiile sunt necesare numai dacă există dureri osoase în zona maleolară sau mijlocie a piciorului şi oricare dintre următoarele: sensibilitate osoasă la osul navicular sau la baza celui de-al cincilea metatarsian; **(a) sensibilitatea** osoasă este prezentă la marginea posterioară a distanţei de 6 cm sau la vârful fiecărei maleole şi **(b)** pacientul nu poate suporta greutatea timp de cel puţin patru paşi imediat după leziune şi în momentul evaluării. Reflexul lui Ahile diminuat **(d)** sau efuziune **(e)** nu fac parte din criteriile Ottawa.

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

Durere de cap

Întrebări

320. O studentă în vârstă de 21 de ani este adusă de colega ei de cameră la departamentul de urgenţă. Colega de cameră afirmă că mai devreme în cursul zilei pacientul s-a plâns de o durere de cap severă, gât înţepenit şi fotofobie. În drum spre urgenţă, colegul de cameră afirmă că pacientul era confuz. Semnele ei vitale sunt tensiunea arterială (TA) 110/80 mm Hg, ritmul cardiac (HR) 110 bătăi pe minut, frecvenţa respiraţiei (RR) 16 respiraţii pe minut şi temperatura 102°F. Care este următorul pas în managementul acestui pacient?

a. Începeţi antibiotice empirice, tomografie computerizată a capului (CT) fără contrast înainte de a efectua puncţia lombară (LP).

b. Comandaţi un CT al capului fără contrast şi începeţi antibioticele odată ce rezultatele revin.

c. Daţi 1 g de acetaminofen, începeţi hidratarea fluidelor şi efectuaţi un LP.

d. Efectuaţi un LP şi începeţi antibioticele odată ce rezultatele revin.

e. Comandaţi un CT cu cap fără contrast, efectuaţi un LP, apoi începeţi antibioticele.

321. O femeie de 29 de ani se prezinta la Urgenta cu o durere de cap generalizata in ultimele 2 luni. Ea a consultat mulţi medici pentru aceasta, dar încă nu a primit un diagnostic corect. Ea descrie durerea de cap ca fiind moderată ca intensitate şi mai gravă cu mişcarea ochilor. Ocazional, o trezeşte din somn şi este mai rău când îşi leagă pantofii. Îi este frică pentru că vederea ei devine înceţoşată pentru câteva minute în fiecare zi. Singurul ei medicament este acetaminofenul şi un contraceptiv oral. TA este de 140/75 mm Hg, HR este de 75 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,9 ° F şi RR este de 16 respiraţii pe minut. La examenul fizic apreciezi papiledemul. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Consultaţi neurochirurgie.

b. Se administrează 2 g de ceftriaxonă apoi se efectuează un LP excluzând meningita.

c. Comandaţi o imagistică prin rezonanţă magnetică (RMN) pentru a căuta o disecţie a arterei carotide.

d. Diagnosticați o migrenă și prescrieți-i un triptan.
e. Efectuați o scanare CT și, dacă este negativ, efectuați un LP special pentru a măsura presiunea de deschidere.

322. *O* femeie în vârstă de 67 de ani se prezintă la urgență plângându-se de o istorie de 2 zile de stare generală de rău, febră subiectivă, frisoane, cefalee difuză și durere de maxilarul drept. Ea observă, de asemenea, vederea diminuată la ochiul drept. Simptomele ei sunt minim ameliorate cu acetaminofen. Ea neagă orice contact bolnav. Elementele vitale ale pacientului includ o temperatură orală de 100,6 ° F, HR este de 95 de bătăi pe minut, TA este de 130/75 mm Hg și RR este de 16 respirații pe minut cu o saturație de oxigen de 99% în aerul camerei. Este sensibilă pe partea dreaptă a scalpului. Initiezi un tratament empiric. Care dintre următoarele teste vă va confirma diagnosticul?
a. Testul gripei A/B
b. Test rapid streptococi
c. Viteza de sedimentare a eritrocitelor (VSH)
d. Hemoleucograma completă (CBC)
e. Biopsia arterei temporale

323. Un agent de bursă în vârstă de 25 de ani se prezintă la urgență plângându-se de dureri de cap zilnice de 6 săptămâni. Durerile ei de cap sunt asemănătoare unei benzi în distribuție și nu sunt asociate cu greață, vărsături, fenomene vizuale sau simptome neurologice . În mod normal, ei răspund la acetaminofen, dar au crescut ca frecvență în ultima săptămână, deoarece ea a încetat să ia un medicament care fusese prescris pentru a le preveni. Ce tip de sindrom primar de cefalee este probabil să se confrunte pacientul?
a. Dureri de cap migrenoase
b. Dureri de cap de tip cluster
c. Nevralgie de trigemen
d. Nevralgie postherpetică
e. Cefalee tensională

324. O tânără de 22 de ani se prezintă la Urgenţe plângând cefalee. Ea afirmă că, în timp ce era acasă, a avut o durere de cap asociată cu vederea înceţoşată la ambii ochi, cu o linie strălucitoare în vederea ei. Ulterior, ea şi-a pierdut vederea şi s-a simţit necoordonată, urmată de o durere crescută la baza craniului. La sosirea în UR, vederea ei a revenit la normal. O scanare CT a capului şi un LP sunt ambele negative. Acum se plânge de o durere de cap persistentă, severă, pulsatilă. Ea a avut două episoade similare în ultimul an, cu dureri de cap refractare la medicamentele fără prescripţie medicală. Care dintre următoarele este de natură să-i amelioreze simptomele?

a. Diazepam
b. Debit mare de oxigen
c. Sumatriptan
d. Acetaminofen
e. LP cu îndepărtarea a 15 cc de lichid cefalorahidian (LCR)

325. Un tanar de 25 de ani se prezinta la Urgenta plangandu-se de durere de cap timp de 2 zile. El descrie durerea ca fiind pulsatilă şi occipitală. Pacienta a avut un LP cu 3 zile înainte şi a fost diagnosticată cu meningită virală după 4 zile de simptome. La acel moment, tomografia capului fără contrast era normală. S-a ameliorat la scurt timp după aceea, cu defervescenţa febrei şi ameliorarea - simptomelor constituţionale şi nucale. El afirmă că noua sa durere de cap este diferită de cea anterioară prin faptul că este exacerbată dacă stau în picioare sau stând în picioare şi este ameliorată stând jos şi nu este asociată cu fotofobia sau rigiditatea gâtului. Durerea de cap nu este ameliorată cu medicamente pentru durere fără prescripţie medicală . Este afebril şi netoxic. Care dintre următoarele este terapia definitivă pentru durerea de cap a acestui pacient?

a. Un bolus de 1 l de soluţie salină normală intravenoasă (IV).
b. Tratament cu agenţi farmacologici standard pentru migrenă
c. Tratament cu meclizină
d. Consultaţie cu anestezie pentru un plasture de sânge
e. Repetaţi LP pentru a îmbunătăţi simptomele

326. O femeie în vârstă de 27 de ani cu hipertensiune intracraniană idiopatică (IIH) cunoscută se prezintă la UR plângându-se de o cefalee bifrontotemporală de mai multe ori pe zi timp de 6 săptămâni după ce a rămas fără medicamente. Ea se plânge de tinitus pulsatil ocazional, dar fără tulburări de vedere. Examenul funuscopic nu evidențiază edem papilar și pulsații venoase normale. Care dintre următorii factori determină necesitatea unui tratament urgent la pacienții cu IIH?

a. Prezența edemului papilar la examenul funduscopic
b. O istorie de tinitus pulsatil
c. Prezența unei selle goale la tomografia computerizată
d. Plângere de pierdere a vederii sau tulburări de vedere
e. Un istoric de utilizare concomitentă a minociclinei

327. Un bărbat în vârstă de 57 de ani cu antecedente medicale de hipertensiune arterială și migrene se prezintă la urgență plângându-se de o durere de cap care a început acum 2 zile. El afirmă că durerea de cap a început brusc cu intensitate maximă în timp ce își făcea nevoile. Durerea este continuă în special în regiunea occipitală și este asociată cu rigiditate nucală ușoară și fotofobie ușoară. Neagă că a avut recent febră. Se obține un CT al capului fără contrast și este normal. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Administrați metoclopramidă pentru ameliorarea stării de greață și ketorolac pentru controlul durerii
b. LP
c. Tratament empiric pentru meningita cu antibiotice IV
d. Manitol IV pentru scăderea presiunii intracraniene (ICP)
e. Angiografie pentru evaluarea unui anevrism

328. O femeie în vârstă de 27 de ani se prezintă la urgență plângându-se de dureri de cap care durează aproximativ 1 oră, care nu sunt ameliorate de aspirina și acetaminofen. Ea afirmă că durerea de cap nu a fost precedată de niciun fenomen vizual, este pe partea stângă, pulsatilă și a apărut aproape lunar odată cu menstruația în ultimele 6 luni. De asemenea, se plânge de greață și sensibilitate la sunet și lumină. Care dintre următoarele este cea mai potrivită terapie pentru acest pacient la momentul prezentării?

a. sulfat de morfină IV
b. Un alt test cu aspirină și acetaminofen
c. Sumatriptan
d. Topiramat
e. Hidromorfonă și acetaminofen

329. O femeie în vârstă de 55 de ani se prezintă la urgență plângând 1 zi de o durere de cap pe partea stângă care este asociată cu dureri de scalp și urechi. Ea descrie durerea ca fiind treptată, surdă și constantă. Ea descrie o săptămână de simptome constituționale înainte de apariția sindromului de cefalee, inclusiv dureri articulare, sensibilitate a mușchilor extremităților inferioare și oboseală. Este afebrilă, fără simptome nucale, fotofobie sau fonofobie. Examenul fizic evidențiază un scalp sensibil și o arteră temporală îngroșată și dureroasă. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Inițiați terapia cu corticosteroizi
b. LP pentru a exclude hemoragia subarahnoidiană (SAH)
c. Injectarea lidocainei la baza occiputului
d. Inițiați terapia cu antibiotice
e. Trimiteți un ESR

330. Un bărbat militar în vârstă de 28 de ani se prezintă la urgență plângându-se de dureri de cap, febră și rigiditate a gâtului. Temperatura lui este de 102,2 ° F și refuză să-și miște gâtul. El apare oarecum letargic și tresări când luminile sunt aprinse în camera de examinare. Are un examen neurologic nonfocal și tu continui cu LP. Care dintre următoarele este cea mai specifică constatare pentru suspiciunea de meningită bacteriană?

a. Prezența fonofobiei, fotofobiei și a rigidității gâtului
b. Febră mai mare de 102,2 ° F
c. Număr crescut de globule albe polimorfonucleare (WBC) pe analiza LCR
d. Proteine crescute la analiza LCR
e. Creșterea glucozei la analiza LCR

331. În calitate de rezident senior în ED, un stagiar vă cheamă pentru a vedea un pacient pe care l-a tratat pentru o migrenă. Pacienta este o femeie de 21 de ani cu antecedente de migrene prost controlate. Pacientul folosea o serie de medicamente pentru migrenă la domiciliu şi câteva au fost administrate intravenos. Pe măsură ce vă apropiaţi de pacient, observaţi că limba ei iese în afară şi capul este înclinat spre stânga. Ea se strâmbă. Internul este îngrijorat de faptul că pacientul are un accident vascular cerebral acut şi ar dori să obţină o tomografie computerizată a capului. Îl sfătuiţi pe intern că simptomele sunt probabil rezultatul unui efect secundar al medicamentului. Care dintre următoarele medicamente este probabil să fi cauzat simptomele pacientului?

a. Sulfat de morfină
b. Acetaminofen
c. Metoclopramidă
d. Cofeină
e. Sumatriptan

332. Un bărbat în vârstă de 63 de ani care locuieşte într-un adăpost pentru persoane fără adăpost se prezintă la Urgenţe plângând dureri de cap cu fotofobie timp de 6 ore. La sosirea la urgenţă, asistenta de triaj îl plasează într-o cameră de izolare. Nota de triaj afirmă că pacientul a fost alert şi familiarizat în timpul interviului cu asistenta medicală . Intri în camera de izolare şi încerci să vorbeşti cu pacientul, dar el este letargic şi combativ. Observaţi că temperatura lui este de 103 ° F. El nu doreşte să-şi mişte gâtul şi tresări când încercaţi să-şi verificaţi reflexele pupilare cu ajutorul unui stilou. Asistenta vă anunţă că analizele de laborator sunt amânate în această seară din cauza problemelor de personal. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. LP diagnostic
b. Iniţierea terapiei cu antibiotice IV
c. O doză de încărcare de corticosteroizi IV
d. Terapie antipiretică agresivă
e. Sedarea pacientului şi CT a capului fără contrast

333. O femeie de 22 de ani, cu IIH cunoscută, care este programată pentru un şunt ven-triculoperitoneal în 2 săptămâni, se prezintă la urgenţă plângând cefalee severă. Ea afirmă că durerea de cap este similară cu durerile de cap normale asociate cu starea ei, cu excepţia faptului că este refractoare la medicamentele ei obişnuite , inclusiv triptanii şi opiaceele. Neurologul ei a crescut doza de acetazolamidă, dar nici asta nu a ajutat. CT-ul capului fără contrast este neschimbat faţă de precedentul şi nu are edem papilar. Care dintre următoarele este susceptibilă de a oferi o ameliorare promptă?

a. corticosteroizi IV
b. Infuzie de manitol
c. LP cu îndepărtarea a 15 cc de LCR
d. metoclopramidă IV

e. Medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (AINS)

334. O femeie de 55 de ani, cu antecedente medicale de diabet zaharat, se prezintă la ED cu febră, dureri de cap, tulburări de vedere și slăbiciune pe partea dreaptă. A fost tratată pentru otită medie în urmă cu 2 săptămâni cu amoxicilină în ambulatoriu. Obțineți scanarea CT văzută mai jos. Care este diagnosticul cel mai probabil?

(Reprodus, cu permisiune, din Schwartz DT, Reisdorff EJ. Emergency Radiology *. New York, NY: McGraw-Hill, 2000:430.)*

a. Toxoplasmoza sistemului nervos central (SNC).
b. Higrom subdural
c. Glioblastom multiform
d. Abces cerebral
e. SAH

335. O femeie de 35 de ani se prezintă pentru a doua oară la Urgențe. Ea este se plâng de febră, rigiditate a gâtului și fotofobie. A fost văzută la urgența dumneavoastră acum 2 zile pentru aceleași simptome. La acel moment, ea a avut un examen neurologic normal, a fost de altfel bine arătată și a fost supusă LP diagnostic. Rezultatele analizei ei LCR au fost următoarele:

Glucoză	82 mg/dL
Proteine	60 mg/dL
WBC	150/L (98% limfocite)
Colorație Gram	Nu s-au văzut organisme

Pacientul a fost trimis acasă după o perioadă de observație cu presupusă

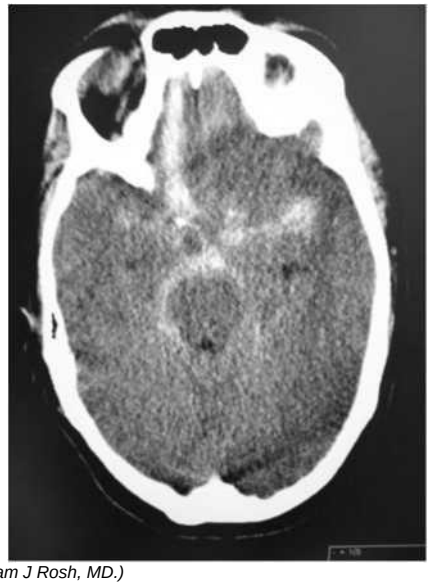
meningită virală. I s-a spus să se întoarcă dacă simptomele nu s-au ameliorat în 48 de ore. De atunci, febra ei a crescut (100,4 ^{O} F-102,2 ° F). Care este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Administrarea de aciclovir
b. Terapie antipiretică agresivă şi observaţie
c. Scanarea CT a sinusurilor
d. CT a capului şi, dacă nu există contraindicaţii, repetaţi LP
e. Culturi virale şi reacţie în lanţ a polimerazei (PCR) din LCR obţinut anterior

336. Un bărbat în vârstă de 68 de ani se prezintă la urgenţă plângându-se de o durere de cap zilnică de aproape o lună. El descrie durerea de cap ca fiind surdă, dificil de localizat, cea mai intensă dimineaţa şi ameliorând după-amiaza devreme. El a observat, de asemenea, slăbiciune progresivă a extremităţii sale superioare şi inferioare drepte. Cu care dintre următoarele sindroame de cefalee sunt semnele şi simptomele cele mai consistente?

a. Cefalee cauzată de o leziune în masă
b. Cefalee în grupare
c. Cefalee de tip tensional
d. Cefalee din hipertensiune intracraniană
e. Trezire sau migrenă de dimineaţă

337. Un bărbat în vârstă de 75 de ani se prezintă la urgenţă cu un nivel de conştienţă deprimat . Soţia lui este lângă pat şi afirmă că stivuia cutii grele când s-a plâns de o durere de cap intensă bruscă. Ulterior s-a aşezat pe canapea şi şi-a pierdut progresiv cunoştinţa. Ea afirmă că a avut o durere de cap în săptămâna precedentă, care a fost şi ea bruscă, dar nu la fel de intensă. Mersese să-şi viziteze medicul primar care l-a trimis să facă o scanare CT a creierului, ceea ce era normal. Pe parcursul săptămânii trecute, el s-a plâns de dureri de cap intermitente pulsatorii pentru care a luat suma triptan. În ED, intubati pacientul şi obţineţi CT-ul cu cap fără contrast, văzut mai jos. Scanarea este cea mai în concordanţă cu ce diagnostic?



(Cu amabilitatea lui Adam J Rosh, MD.)

a. Meningoencefalita
b. SHA
c. Hidrocefalie cu presiune normală
d. Hematom epidural
e. Hematom subdural

338. Un bărbat fără adăpost în vârstă de 43 de ani se prezintă la urgenţă cu febră şi rigiditate nucală. Starea sa psihică este deprimată, dar examenul său neurologic este altfel nefocal. CT cap fără contrast este normal. Obţineţi un LP în scopuri de diagnostic şi iniţiaţi un tratament antibiotic empiric pentru meningita bacteriană. Rezultatul analizei LCR este complet după 1 oră. Proteina şi glucoza sunt în limite normale, dar numărul de leucocite constă din 220 de celule mononucleare. Coloraţia Gram este negativă. Pacientul a fost recent negativ la derivatul proteic purificat (PPD) şi a avut o radiografie toracică normală. Pe lângă tratamentul deja iniţiat, care este următorul pas cel mai potrivit în managementul acestui pacient?

a. Tratament empiric cu izoniazidă
b. Tratament empiric cu medicamente antivirale pentru virusul herpesului
c. Tratament empiric cu antifungice
d. Acoperire cu antibiotice pentru *Bartonella* sp.
e. Adăugarea de steroizi la regimul cu antibiotice

339. În timpul unei zile aglomerate de lucru în ED, vin cinci pacienţi, toţi dintre care credeţi că au nevoie de un LP pentru a evalua meningită. Din următoarea listă de pacienţi de mai jos, pe care puteţi renunţa la o scanare CT şi trece direct

la un LP?

a. Un bărbat de 65 de ani cu febră şi cefalee
b. O femeie de 49 de ani cu sindrom de imunodeficienţă dobândită (SIDA)
c. Un bărbat de 74 de ani cu o nouă slăbiciune motoră a extremităţii inferioare drepte
d. Un tânăr de 19 ani, cu febră, care este letargic şi dezorientat
e. O femeie de 51 de ani care este febrilă şi se plânge de îndoitură a gâtului

340. Un bărbat în vârstă de 53 de ani se prezintă la urgenţa dumneavoastră declarând că a avut o durere de cap extrem de pe partea dreaptă de când a părăsit cinematograful. El afirmă că durerea de cap este unilaterală, severă şi asociată cu greaţă şi vărsături . Vederea lui este înceţoşată şi notează că văd halouri în jurul obiectelor. Neagă trauma sau antecedentele de dureri de cap în trecut. Examenul fizic evidenţiază injecţia conjunctivală dreaptă şi o pupila care reacţionează doar marginal. Ce examinare este probabil să dea diagnosticul corect?

a. Măsurarea presiunii intraoculare
b. Examenul funduscopic
c. Examenul cu fluoresceină
d. LP cu numărul de celule
e. Testarea acuităţii vizuale

341. Un bărbat în vârstă de 78 de ani se prezintă la triajul ED plângându-se de apariţia treptată a durerii de cap pe parcursul zilei. Durerea de cap este prezentă aproape în fiecare zi şi se întreabă dacă are legătură cu temperaturile neobişnuit de reci din această iarnă. El descrie durerea de cap ca fiind limită şi constantă. Observaţi că faţa lui este foarte roşie la aspect. Este febril, dar pare mai degrabă letargic şi pare oarecum fără respiraţie. Este afebril şi se saturează 100% la pulsoximetrie Unul dintre colegii dumneavoastră vă informează că soţia pacientului se află într-o altă parte a camerei de urgenţă cu o prezentare similară. Mai sosesc două ambulanţe, una cu un pacient care se plânge de o durere de cap similară şi alta cu un pacient obtusit. Toţi locuiesc în aceeaşi clădire. Care este următorul pas cel mai potrivit în gestionarea acestor pacienţi?

a. Puneţi pacientul în izolare respiratorie pentru presupusa infecţie *cu Neisseria meningitidis* .
b. Extrageţi un gaz din sânge şi trimiteţi-l pentru cooximetrie.
c. Începeţi terapia cu antibiotice şi efectuaţi un LP
d. Tratament pentru migrenă cu triptani sau antiemetice IV.
e. Transferul tuturor celor trei pacienţi la cea mai apropiată unitate hiperbară.

342. Un bărbat de 35 de ani se prezintă la urgenţă plângându-se de o durere de cap în ultimele 4 săptămâni. A fost agresat cu un liliac în urmă cu 4 săptămâni şi a fost internat la spital pentru observaţie în cadrul unui mic hematom subdural traumatic. Repetarea scanării CT fără contrast a capului cu 2 săptămâni în urmă a fost normală cu rezoluţia hematomului. El afirmă că are dureri de cap de mai multe ori în fiecare zi. Acestea durează de la 5 minute la câteva ore. Uneori sunt

asemănătoare unei benzi, alteori sunt localizate în locul unde a fost lovit. Ele pot fi pulsatorii sau constante şi sunt asociate cu sensibilitatea la sunet. O tomografie a capului astăzi este normală. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Sindromul postconcusiv
b. Hidrocefalie posttraumatică
c. Higrom subdural
d. Cefalee în grupare
e. Tulburare de stres posttraumatic

343. O femeie în vârstă de 35 de ani se prezintă la urgenţă plângându-se de dureri de cap şi vedere înceţoşată. Are dureri de cap zilnice de 3 luni asociate cu vederea înceţoşată. Este afebrilă, nu pierde în greutate şi are un examen neurologic normal, inclusiv fundoscopie. Întrebi când a fost ultima menstruaţie şi ea afirmă că nu a menstruat de 5 luni şi nu ia pilule contraceptive orale. Ea se plânge şi de galactoree. CT cu cap fără contrast este normal. Se efectuează un LP şi dezvăluie o presiune de deschidere normală. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în tratarea durerilor de cap ale pacientului?

a. Repetaţi tomografia capului cu administrare de contrast IV.
b. Iniţierea terapiei cu bromocriptină.
c. Evaluarea LCR pentru xantocromie şi RBC.
d. Tratamentul durerii de cap cu analgezie şi RMN.
e. Repetaţi LP cu îndepărtarea a 15 ml de LCR pentru beneficii terapeutice.

344. O femeie de 37 de ani, cu antecedente de migrene, se prezintă la UR plângându-se de dureri abdominale inferioare cu crampe timp de 3 zile. Analiza dezvăluie o sarcină intrauterină şi îngrijirea prenatală timpurie este aranjată cu obstetricii în ambulatoriu. Sunteţi îngrijorat pentru că durerile ei de cap sunt - controlate cu un număr semnificativ de medicamente. Ea foloseşte medicamente atât pentru terapia avortivă, cât şi pentru profilaxie. Pe care dintre următoarele clase de medicamente îi sfătuiţi să întrerupă în timpul sarcinii?

a. Anticonvulsivante
b. Ș -Blocante
c. Triptani
d. Acetaminofen
e. Antiemetice

Durere de cap

Răspunsuri

320. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp. 1527-1541.)* Acest pacient prezintă simptome compatibile cu **meningită. Antibioticele** sunt administrate **empiric** pe măsură ce se efectuează diagnosticul. Cea mai bună alegere la acest pacient este **ceftriaxona,** care are o bună penetrare în SNC. Pentru a evita hernia transtentorială la acest pacient cu **deficit neurologic (confuzie), înainte de LP** trebuie efectuată o **CT a capului fără contrast !** Este controversat dacă trebuie sau nu efectuată o CT a capului înainte de toate LP. Cu toate acestea, dacă există edem papilar sau un deficit neurologic, atunci CT-ul capului este obligatoriu.

(b) Nu este prudent să aşteptaţi rezultatele unui CT cap. Acest lucru nu va face decât să întârzie tratamentul unei boli potenţial fatale. **(c)** Deşi acest pacient poate beneficia de acetaminofen şi hidratare, începerea antibioticelor în mod empiric este mai importantă. În plus, acest pacient necesită o CT a capului înainte de LP. **(d şi e)** După cum sa menţionat anterior, antibioticele ar trebui să fie începute devreme în timpul tratamentului şi să nu fie amânate în aşteptarea rezultatelor.

321. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp 1463-1464.)* Cel mai probabil, pacientul are **IIH (pseudotumor cerebri),** o boală neurologică observată în principal la **femeile tinere obeze** aflate **la vârsta fertilă.** Din punct de vedere clinic, pacienţii se plâng de o cefalee generalizată, cu debut gradual şi severitate moderată. Se poate agrava cu mişcările oculare sau cu manevra Valsalva. Plângerile vizuale sunt frecvente şi pot apărea de mai multe ori pe zi şi pot deveni permanente la 10% dintre pacienţi. Pacienţii au de obicei edem papilar şi defecte ale câmpului vizual la examenul fizic. Diagnosticul se face printr-o scanare neuroimagistică normală (de exemplu, tomografia capului) şi o presiune intracerebrală crescută (> 200 mm H_2O) măsurată prin presiunea de deschidere a unui LP. Acest lucru este şi terapeutic.

Această pacientă nu necesită intervenţie chirurgicală imediată **(a)** , dar poate necesita un şunt ventricular în viitor dacă prezintă o pierdere iminentă a vederii. Consultaţia de neurochirurgie poate aştepta până după ce se pune diagnosticul. Două grame de ceftriaxonă **(b)** este o terapie pentru meningită, pe care acest pacient nu o are. Este febrilă, fără alte simptome constituţionale. O secţiune a

arterei carotide **(c)** se prezintă în mod clasic cu triada de cefalee unilaterală, - sindrom Horner parţial ipsi lateral şi constatări emisferice contralaterale, cum ar fi afazie, tulburări de vedere sau hemipareză. Acest pacient nu prezintă niciuna dintre aceste constatări. Migrenele **(d)** tind să fie unilaterale şi pulsatorii şi asociate cu greaţă, vărsături, fotofobie, fonofobie, vedere înceţoşată şi ameţeală. Pacienţii nu trebuie să prezinte edem papilar.

322. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp 1613-1614.)* Tabloul clinic al acestui pacient este în concordanţă cu **arterita temporală (TA).** Pacienţii sunt de obicei **femei de vârstă mijlocie** (vârsta > 50 de ani) care prezintă stare generală de rău, febră şi dureri de cap. Un examen fizic complet ar fi evidenţiat sensibilitatea arterei temporale la palpare. Acest pacient se plânge, de asemenea, de simptome compatibile cu **polimialgia reumatică,** o durere generală care poate deveni confundată cu gripa. Arterita temporală sau cu celule gigantice este o inflamaţie granulomatoasă care implică arterele de dimensiuni mari şi medii ale corpului, de obicei artera carotidă şi ramurile sale. Simptomele sunt produse ca urmare a ischemiei organelor alimentate de ramurile arterei. Pierderea vederii la un ochi, diplopia tranzitorie şi claudicaţia maxilarului sunt simptome comune atunci când ramurile carotidei interne şi externe sunt afectate. O **biopsie a arterei temporale** este **testul de diagnostic de elecţie şi va confirma diagnosticul . Cu toate acestea, este important de reţinut că AT este de natură segmentară şi că apar fals-negative** . Tratamentul până în momentul biopsiei trebuie să includă **glucocorticoizi în doze mari,** şi anume prednison sau metilprednisolon. Acest lucru nu modifică rezultatele biopsiei şi poate preveni progresia bolii. Spitalizarea este justificată la pacienţii cu debilitare severă sau pierderea vizuală iminentă şi poate necesita doze mari de steroizi.

(a) Simptomele gripei le imită îndeaproape pe cele ale polimialgiei reumatice, dacă nu ar fi simptomele specifice ochiului/maxilarului. **(b)** Pacienţii cu faringită *Streptococcus* pot prezenta stare generală profundă de rău, totuşi , sunt de obicei mai febrile şi au antecedente de contacte bolnave şi tuse uscată. Exsudatele amigdalelor şi adenopatia cervicală anterioară pot fi evidente la examenul fizic. **(c)** O ESR între 50 şi 100 mm/h este un test iniţial bun pentru a spori suspiciunea de TA; cu toate acestea, nu este testul de diagnostic la alegere. O proteină C-reactivă crescută poate fi de asemenea prezentă. **(d)** Un CBC poate indica anemie, care rezultă din inflamaţia arterială care favorizează descompunerea globulelor roşii (RBC). Cu toate acestea, aceasta şi un număr crescut de leucocite sunt constatări nespecifice.

323. **Răspunsul este e.** *(Aminoff şi colab., Ch 2 Cefalee şi dureri faciale.)* **Durerile de cap tensionale** apar adesea **zilnic** şi, în mod clasic, provoacă dureri occipitale

bilaterale , descrise ca o **bandă care se strânge** în jurul capului. În general, oamenii se confruntă cu o durere constantă, surdă, care nu este pulsantă şi fără trăsăturile auxiliare asociate migrenelor (fenomene vizuale, aură, tulburări neurologice, greaţă, vărsături). Există adesea o contracţie secundară a gâtului şi a musculaturii scalpului. Tratamentul de primă linie include AINS şi acetaminofen. Dacă durerile de cap apar suficient de frecvent pentru a provoca disfuncţii în activităţile zilnice, pacienţii pot beneficia de terapie preventivă, cum ar fi amitriptilina, desipramină sau propranolol.

Durerile de cap migrenoase **(a)** încep în mod clasic cu fenomene vizuale sau altă aură şi sunt pulsatile, unilaterale, asociate cu greaţă, vărsături, fotofobie şi fonofobie. Pot avea, de asemenea, fenomene neurologice asociate. Cefaleea în grupă **(b)** sunt mai frecvente la bărbaţi şi sunt unilaterale, plictisitoare şi pot fi asociate cu fenomene neurologice sau cu activare automată. Acestea sunt de scurtă durată şi, în general, reapar zilnic, în acelaşi timp, timp de zile sau săptămâni înainte ca pacientul să aibă remiterea simptomelor. Se crede că nevralgia trigemenului **(c)** rezultă din compresia microvasculară a rădăcinilor nervului trigemen. Se prezintă ca durere facială fulgerătoare, în distribuţia celui de-al cincilea nerv cranian, în special la rădăcinile nervoase doi şi trei. În mai puţin de 5% din cazuri, implică prima diviziune a nervului trigemen şi pacienţii se vor prezenta plângându-se de cefalee. Tratamentul include carbamazepină sau alte medicamente antiepileptice. Nevralgia postherpetică **(d)** este durerea care continuă după o erupţie a herpesului zoster. Este adesea descrisă ca o durere de arsură sau înjunghiere care este constantă în der matome afectat iniţial de focarul de zoster. La 50% dintre pacienţi dispare după 6 luni. La unii pacienţi durează ani de zile. Tratamentul este cu gabapentină, fenitoină sau amitriptilină.

324. **Răspunsul este c.** *(Tintinalli et al, pp 1379-1381.)* Pacientul se confruntă cu o variantă **de migrenă cunoscută sub numele de migrenă bazilară.** Debutul său este similar cu alte migrene prin faptul că poate începe cu scotomate sau aură. Simptomele vizuale sunt adesea bilaterale şi sunt urmate de o scurtă perioadă de orbire corticală . Predomină apoi simptomele legate de circulaţia bazilară, inclusiv necoordonare, disartrie, vertij şi amorţeală şi furnicături la nivelul braţelor sau picioarelor. Aceste simptome durează în general 10 până la 30 de minute, apoi se rezolvă. Ocazional, se poate dezvolta comă tranzitorie sau tetraplegie, dar persistă doar câteva ore. Durerea de cap rezultată este occipitală şi pulsatorie. Simptomele pot imita un eveniment ischemic vertebrobazilar. Se recomandă tratamentul cu agenţi de primă linie pentru migrenă. Pragul ar trebui să fie scăzut pentru a solicita consultaţie neurologică, cu excepţia cazului în care diagnosticul este cert.

Diazepamul **(a)** este util pentru tratarea spasmului muscular cervical şi

torticolisului. La doze mari, are ca efect secundar principal depresia respiratorie. Este puţin probabil să uşureze durerea asociată cu o migrenă, deşi poate fi utilă pentru scalpul asociat şi spasmul trapezului. Fluxul mare de oxigen **(b)** este - benefic pentru pacienţii cu migrenă, dar nu este principalul tratament. Alte adjuvante la farmacoterapie includ scăderea luminii ambientale şi a zgomotului şi punerea unei cârpe rece peste frunte. Acetaminofenul **(d)** este un tratament util de primă linie cu AINS pentru migrenă şi durerile de cap de tip tensional. Ele reprezintă un tratament de primă linie mai sigur pentru triptani, care sunt contraindicaţi la pacienţii cu disritmii , hipertensiune arterială slab controlată sau boală coronariană. Îndepărtarea terapeutică a LCR **(e)** este indicată în cazurile de IIH.

325. **Răspunsul este d.** *(Rosen, p 1464. Candido, pp 451-469.)* Pacientul are o cefalee **post-LP.** Se crede că durerea de cap este cauzată de îndepărtarea LCR în timpul LP cu o scurgere continuă de LCR. Este extrem de **sensibilă la poziţie** şi mulţi pacienţi vor experimenta o uşurare completă a durerii după ce au fost plasaţi în poziţia Trendelenburg. Un **plasture de sânge** este plasat prin injectarea unei alicote din sângele pacientului într-o manieră sterilă, chiar în exteriorul durei mater, în acelaşi spaţiu în care a avut loc LP. Majoritatea pacienţilor au ameliorarea simptomelor cu această procedură. Prevenirea durerii de cap post-LP include utilizarea unui ac de calibrul 22 sau mai mic, eliminarea cât mai puţin lichid posibil şi orientarea în sus când pacientul este în poziţie laterală.

administrarea de fluide IV **(a)** creşte volumul intravascular şi producţia de LCR, reducând astfel simptomele. Ar trebui să fie administrat acestui individ; cu toate acestea, nu este un tratament definitiv. Tratamentele standard pentru migrenă **(b)** sunt adesea ineficiente în tratarea durerii de cap post-LP. Durerea de cap răspunde adesea bine la terapia pe bază de cofeină. Meclizina **(c)** este un medicament utilizat pentru tratarea vertijului periferic şi este ineficientă în tratamentul durerii de cap post-LP. Este puţin probabil ca repetarea LP **(e)** să furnizeze noi informaţii de diagnostic şi este probabil să agraveze durerea de cap. Durerile de cap care se ameliorează după puncţia durală sunt cele asociate de obicei cu IIH. Există raportări de cazuri de hematom subdural spontan post-LP cauzat de coborârea relativă a creierului în cazul scăderii LCR cu întindere pe venele punte. Dacă aceasta este o consideraţie de diagnostic, trebuie efectuată o scanare CT a capului.

326. **Răspunsul este d.** *(Goetz, pp 1797-1798.)* **IIH** anterior **pseudotumor cerebral,** necesită tratament urgent atunci când există antecedente de fenomene vizuale , în special pierderea tranzitorie a vederii. Agenţii utilizaţi pentru scăderea ICP în această situaţie includ inhibitori de anhidrază carbonică (de exemplu,

acetazolamidă) şi diuretice de ansă (adică, furosemid). Pierderea vizuală tranzitorie, durerea sau înceţoşarea apar frecvent şi pot fi permanente la până la 10% dintre pacienţi. Tratamentul durerii de cap în sine foloseşte adesea aceiaşi agenţi utilizaţi pentru tratarea migrenelor; ergot, antiemetice şi ocazional steroizi. Cefaleea este adesea refractară şi dificil de gestionat. Afecţiunea este asociată cu obezitatea şi pierderea în greutate este uneori utilă.

Papiledemul **(a)** în cazul durerilor de cap frontotemporale intermitente şi al unui examen neurologic normal este în concordanţă cu IIH. Prezenţa sa nu exclude sau exclude alte patologii intracraniene. Nu este în sine un factor de risc la pacienţii cu IIH pentru deteriorarea neurologică. Un istoric de tinitus pulsatil **(b)** este adesea asociat cu IIH, dar semnificaţia sa prognostică este neclară. O sella goală **(c)** este frecvent observată la scanarea CT a pacienţilor cu IIH. Este probabil cauzată de hernia LCR arahnoid în spaţiul selar şi uneori este reversibilă cu scăderea presiunii LCR. O altă constatare de căutat la scanarea CT este un sinus venos oclus, care indică o cauză secundară a ICP crescută. Minociclina, pilulele contraceptive orale, vitamina A şi steroizii anabolizanţi **(e)** au fost asociate cu dezvoltarea IIH.

327. **Răspunsul este b.** *(Manno, pp. 347-366.)* Pacientul prezintă un istoric clinic care este în concordanţă cu un **SAH.** CT cerebral fără contrast este procedura de elecţie pentru diagnosticarea HSA şi ar trebui făcută la orice persoană cu un nou debut al unei dureri de cap severe sau persistente. Are o sensibilitate de 95% pentru detectarea SAH. Dacă CT este negativ, trebuie efectuat un LP deoarece unii pacienţi cu HSA au o scanare CT normală. Un lichid galben supernatant (xantocromie), obţinut prin centrifugarea unei probe de LCR cu sânge, poate ajuta la distingerea SAH de un robinet traumatic. Dacă diagnosticul este încă pus în discuţie, poate fi necesară o angiografie.

Administrarea de metoclopramidă şi ketorolac **(a)** este utilă în tratarea durerii cauzate de sindromul migrenei. Datorită activităţii lor antiplachetare, ketorolac (Toradol) şi alte AINS sunt contraindicate la pacienţii care pot sângera activ. Tratamentul meningitei **(c)** cu antibiotice IV nu trebuie amânat dacă se suspectează diagnosticul. Cu toate acestea, istoricul clinic al pacientului este inconsecvent cu acest diagnostic (este afebril şi fără simptome constituţionale) şi LP este uşor disponibil. Perfuzia de manitol IV **(d)** scade ICP acut prin diureză osmotică. Este indicată la pacienţii care prezintă simptome de creştere a ICP sau atunci când se suspectează iminenţa ei. Angiografia **(e)** este standardul de aur pentru diagnosticul unui anevrism cerebral, dar LP trebuie efectuată pentru a confirma prezenţa sângerării intracraniene înainte de imagistica bazată pe contrast.

328. **Răspunsul este c.** *(Tintinalli et al, pp 1379-1381.)* Cefaleea descrisă este o **migrenă menstruală,** o variantă comună **a sindromului migrenei cefaleei.** Terapiile abortive adecvate (aceasta durere de cap abia la început) sunt diverse şi includ ergot IV, triptani şi antiemetice. Suma triptan (Imitrex) este un triptan care acţionează prin blocarea receptorului 1D de 5-hidroxitriptamină (5-HT, serotonină). De asemenea, are mai puţine greaţă şi vărsături asociate decât ergotul. Poate avea o incidenţă mai mare a efectelor secundare minore (înroşirea feţei, reacţia la locul injectării) şi o rată mai mare de recidivă decât ergotul. Contraindicaţiile la triptani sau ergot includ sarcina, hipertensiunea arterială, boala coronariană sau utilizarea oricărei clase de agenţi în ultimele 24 de ore.

Analgezicele opioide **(a şi e)** sunt rezervate terapiei abortive eşuate sau atunci când există contraindicaţii pentru medicamentele abortive uşor disponibile. Opioidele scad durerea asociată cu sindroamele cefaleei, dar nu reuşesc să întrerupă disfuncţia neurochimică. Utilizarea frecventă a opioidelor pentru sindroamele cefaleei primare este asociată cu rezultate slabe. **(b)** AINS şi acetaminofenul sunt terapia de primă linie adecvată pentru pacienţii cu simptome minore de migrenă. Dacă un pacient a încercat acestea în trecut şi au fost ineficiente, este puţin util să încerce din nou. **(d)** Topiramatul (Topamax) este un medicament antiepileptic care este utilizat pentru prevenirea migrenei la pacienţii cu sindroame de cefalee frecvente şi dificil de controlat.

329. **Răspunsul este a.** *(Goldman şi Ausiello, pp. 1693-1695.)* Într-un caz de suspectare **a TA, iniţierea terapiei cu corticosteroizi este indicată în mod urgent** pentru a preveni complicaţiile ireversibile. Se ştie că apare **pierderea vederii şi iniţierea promptă a terapiei cu corticosteroizi scade această** posibilitate. TA, denumită şi arterită cu celule gigantice, este o inflamaţie granulomatoasă a vaselor mari proximale şi a bifurcaţiilor carotidiene. Are un sindrom clinic suprapus cu **polimialgie reumatică.**

Descrierea acestui sindrom de cefalee este incompatibilă cu un SAH **(b)** , care se prezintă în mod clasic cu debut brusc al durerii şi este asociat cu greaţă, fotofobie şi rigiditate nucală. Este rareori precedat de simptome constituţionale. Injectarea de lidocaină la baza occiputului este un tratament eficient pentru nevralgia cervicală **(c),** dar nu are loc în tratamentul sau diagnosticul TA. **(d)** Istoricul clinic al pacientului este incompatibil cu meningita. ESR **(e)** este în mod normal crescută la intervalul 50 până la 100, dar o viteză de sedimentare uşor crescută nu exclude diagnosticul. Analiza de laborator este utilă în diagnosticarea TA, dar aşteptarea analizei serului întârzie în mod necorespunzător tratamentul. Testul de confirmare de elecţie este o biopsie a arterei temporale.

330. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp 1716-1719.)* Numărul normal de **leucocite** în LCR este de 5 sau mai puţin cu 1 sau mai puţine **neutrofile polimorfonucleare (PMN).** Numerele mai mari decât acestea ar trebui luate ca dovadă pentru infecţia SNC . În cazurile de **meningită bacteriană acută,** se observă un număr de celule de la 1000/ p L până la 20.000/ p L WBC, adesea cu predominanţă neutrofile. În cazurile de meningită aseptică (virală), numărul de celule este în general mai mic, cu predominanţa limfocitelor. Este puţin probabil ca tratamentul iniţial cu antibiotice înainte de LP să afecteze numărul de celule, însă după 6 ore, este mai puţin probabil ca cultura să revină pozitivă. Trebuie remarcat faptul că un subgrup de pacienţi cu meningită bacteriană poate prezenta predominanţă limfocitară. Prin urmare, predominanţa limfocitară nu exclude meningita bacteriană şi trebuie administrate antibiotice.

Prezentarea clinică clasică a meningitei bacteriene include fotofobie , dureri de cap, febră şi rigiditate nucală. Niciunul dintre aceste simptome nu este specific (**a)** şi trebuie obţinut un LP. Prezentarea clinică clasică este alterată în stările de imunocompromis (HIV, consum de corticosteroizi), astfel încât suspiciunea clinică ar trebui să fie mai mare la aceşti pacienţi. În general, se crede că febra **(b)** are un nivel ridicat de meningită bacteriană, dar nu există niciun număr care să fie specific pentru diagnosticul acesteia . Nivelul proteinei LCR **(d)** variază în general între 15 şi 45 mg/dL. Niveluri mai mari de 150 mg/dL sunt adesea observate în meningita bacteriană acută, dar pot rezulta din multe alte afecţiuni, inclusiv abcese ale SNC, encefalită şi infecţii fungice. Infecţiile fungice au adesea proteine LCR care sunt semnificativ crescute, adesea mai mari de 1000 mg/dL. Nivelurile de glucoză sunt în general scăzute **(e)** în cazurile de meningită bacteriană.

331. **Răspunsul este c.** *(Goetz, pp 1192-1194. Rosen, pp 1456-1459.)* **Reacţiile distonice** pot apărea la utilizarea agenţilor de blocare a dopaminei. Medicamentele asociate în mod clasic cu reacţiile distonice sunt antipsihotice tipice (de exemplu, haloperidol), dar pot apărea şi cu antiemeticele utilizate pentru tratarea migrenelor. În general, nu pun viaţa în pericol şi răspund aproape imediat la administrarea de difenhidramină (Benadryl) administrată intravenos sau intramuscular sau benzodiazepine. Reacţiile distonice obişnuite includ crize oculogirice (ochii deviând în direcţii diferite), torticolis, proeminenţă a limbii, grimase faciale şi dificultăţi de vorbire.

Sulfatul de morfină **(a)** are principalul efect secundar al depresiei respiratorii . Acest efect şi proprietăţile analgezice ale medicamentului sunt inversate de naloxonă.

Reacţiile localizate, inclusiv eritemul, umflarea şi prurit, sunt frecvente după

injectarea intramusculară sau subcutanată. Anafilaxia a fost descrisă, dar este rară. Acetaminofenul **(b)** are principalul efect secundar al hepatotoxicității. La pacienții care îl utilizează în mod cronic, fără a respecta recomandările bazate pe doză, este posibilă afectarea ficatului. **(d)** Cofeina este un metilxan . Efectele secundare includ palpitații, anxietate, tremor și gură uscată. Sumatriptan **(e)** are efecte secundare legate de sistemul cardiovascular. Acestea includ hipertensiunea arterială și vasospasmul arterei coronare. Au fost observate mai multe cazuri de infarct miocardic după utilizarea acestuia.

332. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli și colab., pp 1431-1434.)* Prezentarea clinică este în concordanță cu **meningita.** Starea psihică a pacientului a scăzut între evaluarea inițială a asistentei și interviul medicului. Întârzierea terapiei cu antibiotice pentru a confirma mai întâi diagnosticul cu analiza LCR poate duce la creșterea mortalității.

LP **(a)** efectuată chiar și la câteva ore după inițierea terapiei cu antibiotice este adesea încă pozitivă în cultură pentru organismul cauzator. Administrarea de corticosteroizi IV înainte de administrarea antibioticelor **(c)** s-a demonstrat în unele studii că reduce mortalitatea pacienților cu meningită bacteriană. Utilizarea lor în UR pentru cazuri nediferențiate de meningită nu a fost suficient studiată. Antipireticele **(d)** sunt utilizate pentru a reduce febra, dar nu vor opri procesul patologic primar. CT **(e) al capului fără contrast** trebuie obținută înainte de LP atunci când problema efectului de masă sau creșterea ICP ar putea duce la hernie din îndepărtarea LCR. Terapia cu antibiotice nu trebuie amânată în cazurile de suspiciune de meningită pentru neuroimagistică.

333. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp. 1463-1464.)* IIH este o creștere idiopatică a ICP. În cadrul unui CT normal, diagnosticul este pus de LP cu o presiune de deschidere crescută adesea între 250 și 450 mm H_2O. Pacienții experimentează adesea o ameliorare completă a simptomelor cu **LP** și revenirea ICP la niveluri < 200 mm H_2O.

Corticosteroizii **(a)** sunt controversați în gestionarea durerilor de cap în IIH, dar mulți neurologi îi folosesc de rutină. Manitolul **(b)** este un diuretic osmotic care este utilizat pentru a scădea acută ICP, adesea în cadrul unui traumatism pentru a preveni hernia iminentă. Utilizarea acestuia nu este recomandată în cadrul IIH. Nu trebuie confundat cu acetazolamida, un inhibitor al anhidrazei carbonice care funcționează ca diuretic și face parte din tratamentul de întreținere pentru IIH. Metoclopramida **(d)** este utilizată în mod normal ca antiemetic, dar este, de asemenea, foarte eficientă în tratamentul migrenelor. Ketorolac și alte AINS **(e)** sunt principalele tratamente pentru multe sindroame de cefalee, inclusiv dureri de cap tensionale, migrene, dureri de cap în grup și

altele. Utilizarea lor trebuie evitată atunci când există suspiciunea că pacientul are o sângerare intracraniană deoarece au efecte antiagregante plachetare şi pot exacerba sângerarea.

334. **Răspunsul este d.** *(Cohen şi Powderly, pp. 279-283.)* **Abcesele cerebrale** sunt mai puţin frecvente şi incidenţa lor a scăzut în ultimii câţiva ani ca urmare a unui tratament mai bun cu antibiotice a infecţiilor la distanţă care le provoacă. Astăzi, majoritatea abceselor cerebrale din ţările dezvoltate sunt rezultatul răspândirii contigue din otita medie, mastoidita, sinuzita paranazală sau meningită. Ele pot apărea şi după traumatisme, în mod clasic după o fractură de craniu bazilar. Prezentarea este adesea nespecifică, aproape jumătate prezentă doar cu cefalee. Slăbiciunea focală, febra şi greaţa sunt alte plângeri frecvente. Alegerea antibioticului ar trebui să fie ghidată de sursa suspectată şi de capacitatea de a pătrunde în SNC. În general, RMN-ul este mai sensibil la detectarea infecţiei SNC decât CT. Cu CT cu contrast, pereţii abcesului se sporesc şi există o zonă centrală necrotică de densitate mai mică. Pe acest CT cu contrast IV, există mai multe leziuni care intensifică inelul cu edem înconjurător în lobul frontal stâng. Colecţiile mari extra-axiale cu margini sporite reprezintă emfizeme. Există, de asemenea, deplasarea liniei mediane secundară efectului de masă al abceselor.

(a) Toxoplasmoza SNC este neobişnuită în lumea dezvoltată în afara cadrului HIV avansat sau a altor stări imunocompromise. Pacienţii prezintă adesea o stare mentală alterată, deficite neurologice sau convulsii. La CT cu contrast, există adesea leziuni multiple, mici, care intensifică inelul. **(b)** **Higroamele** subdurale sunt pungi subdurale umplute cu lichid care conţin lichid xantocromic. Acestea sunt adesea rezultatul unui traumatism şi prezintă semne şi simptome de creştere a ICP sau cu deficite neurologice. Se crede că rezultă din lacrimi în arahnoid cu acumulare de lichid. **(c)** Glioblastomul multiform este cea mai frecventă şi mai agresivă dintre tumorile cerebrale primare. La tomografia computerizată, glioblastoamele apar de obicei ca leziuni hipodense de formă neregulată, cu o zonă periferică de intensificare a contrastului ca un inel şi un sutien penum de edem cerebral. **(e)** SAH spontane se prezintă ca dureri de cap severe asociate cu greaţă, vărsături, rigiditate nucală şi pot avea deficite neurologice asociate cu acestea. Apare pe CT fără contrast ca lichid hiperdens care poate umple cisternele şi spaţiul subarahnoidian.

335. **Răspunsul este d.** *(Tintinalli şi colab., pp. 1434-1435.)* Pacienţii cu analiză a LCR în concordanţă cu meningita virală pot fi trataţi ca pacienţi ambulatori cu urmărire atentă. Aceşti pacienţi trebuie să fie de încredere pentru urmărire, să nu fie imunocompromişi şi, altfel, să arate bine. Ar trebui să li se spună să se întoarcă pentru reevaluare dacă simptomele nu se ameliorează în 48 de ore. Dacă

nu s-au îmbunătăţit, este indicată **reevaluarea** inclusiv **neuroimagistică, repetarea LP** şi tratamentul cu antibiotice.

Administrarea de aciclovir **(a)** este indicată la pacienţii cu presupusă meningoencefalită cauzată de virusul herpetic. Terapia antipiretică **(b)** este indicată pentru confortul pacientului, dar evaluarea diagnostică repetată este esenţială. Durerea sinusală **(c)** se poate prezenta adesea ca o cefalee frontală, pulsatorie. Pacienţii pot fi febrili şi pot însămânţa LCR din extinderea directă a sinuzitei. Cu toate acestea, meningita trebuie totuşi exclusă şi tratată, chiar dacă există confirmarea CT a opacificării sinusurilor. Analiza LCR deja în laborator (**e)** dintr-un LP anterior nu este recomandată.

336. **Răspunsul este a.** *(Tintinalli şi colab., pp 1375-1381.)* Durerile de cap cauzate de o **leziune în masă** sunt descrise în mod clasic ca fiind **mai grave dimineaţa,** asociate cu **greaţă şi vărsături** şi **mai grave cu poziţie.** Pacienţii prezintă rareori simptome neurologice focale. Când o fac, imagistica este un adjuvant necesar înainte de a părăsi ED. Dacă o leziune în masă face parte din diagnosticul diferenţial, LP trebuie amânată până la efectuarea neuroimagistica din cauza riscului de hernie.

Cefaleea în grupă **(b)** sunt rare, apar în general la bărbaţi, durează mai puţin de 2 ore şi se prezintă sub formă de durere oculară sau temporală unilaterală. Există adesea ruptură unilaterală, umflare sau congestie nazală. Spre deosebire de pacientul cu migrenă, pacienţii cu dureri de cap în grup sunt de obicei neliniştiţi. Durerile de cap în grupe răspund la ergot, triptani şi, adesea, la oxigenul cu flux mare. Durerile de cap de tip tensional **(c)** sunt bilaterale, nu pulsate, nu se agravează prin efort şi nu trebuie asociate cu greaţă sau vărsături. Ei răspund în general la AINS sau acetaminofen. Durerile de cap asociate cu hipertensiunea intracraniană **(d)** sunt exacerbate de modificări de poziţie (de exemplu, ghemuit), sunt adesea frontotemporale şi pot fi asociate cu tulburări de mers şi incontinenţă. Sunt greu de controlat. Migrenele **(e)** sunt în general unilaterale, pulsatorii, asociate cu fonofobie sau fotofobie, greaţă şi vărsături. Au debut lent şi durează în general 4 până la 72 de ore. Există o eterogenitate considerabilă în prezentarea lor. Majoritatea pacienţilor care suferă de migrenă cronică îşi pot descrie sindromul de cefalee şi pot face diferenţa între migrena lor normală şi o altă cefalee. Schimbarea caracterului, intensităţii, locaţiei sau duratei unei migrene ar trebui să provoace suspiciunea unei alte cauze.

337. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli şi colab., pp. 1389-1390.)* CT descrie sânge arahnoid sub arahnoid. Este posibil ca acest pacient să fi avut o sângerare santinelă, un mic SAH, în săptămâna precedentă. CT fără contrast ratează un mic procent de HSA şi, prin urmare, în cazurile de suspiciune mare, trebuie obţinut un LP pentru a exclude diagnosticul.

Iritaţia meningelor sau inflamaţia creierului **(a)** poate să nu apară deloc pe CT fără contrast al creierului. Dacă se utilizează contrast, poate fi evidentă o intensificare meningeală sau cerebrală, dar diagnosticul acestor afecţiuni nu se bazează pe imagistică. Trebuie să existe o suspiciune clinică ridicată pentru oricare dintre afecţiuni şi LP este utilizat pentru a confirma diagnosticul. Hidrocefalia **(c)** apare ca ventricule dilatate la tomografia computerizată. Dacă toţi ventriculii sunt patentaţi şi dilataţi, se numeşte hidrocefalie comunicantă. Dacă o parte a sistemului ventricular este prăbuşită şi celelalte dilatate, este prezentă o cauză obstructivă a hidrocefaliei. Hematoamele epidurale **(d)** sunt rezultatul sângerărilor arteriale rapide în spaţiul dintre dura şi calvariu. Ele sunt în mod clasic cauzate de traume şi sunt asociate cu o „perioadă lucidă" în care nivelul de conştiinţă este normal înainte de deteriorarea neurologică. Pe CT fără contrast, ele apar ca colecţii intracraniene hiperdense de sânge, care au formă bilientică. Hematoamele subdurale (SDH) **(e)** sunt colectii de sânge intracranian care rezultă din ruperea venelor de legătură dintre dura şi creier. Factorii de risc pentru SDH includ vârsta înaintată şi consumul cronic de alcool. Ambele afecţiuni sunt asociate cu scăderea volumului creierului şi oferă întindere pe aceste vene delicate. Pe CT fără contrast, SDH-urile apar ca colecţii de sânge hiperdens în formă de semilună.

338. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli şi colab., pp 1434-1435.)* Analiza LCR la acest pacient este în concordanţă cu o **cauză virală sau atipică a meningitei.** Deşi pacienţii pot avea o predominanţă mononucleară şi totuşi au meningită bacteriană, cauzele virale trebuie luate în considerare. LCR trebuie trimis pentru analiza PCR şi tratamentul empiric iniţiat pentru **encefalita herpetică.** Mortalitatea meningoencefalitei cauzate de virusul herpes simplex (HSV) este excepţional de mare dacă nu este tratată.

Meningita **(a) cu tuberculoză (TB)** trebuie luată în considerare la acest - pacient nedomiciliat. Alţi factori de risc pentru TBC includ imunocompromisul şi viaţa într-o regiune endemică. Cu toate acestea, pacientul este recent negativ PPD şi radiografie toracică, ceea ce face ca această posibilitate să fie mai puţin probabilă. La un pacient imunocompromis, PPD poate fi mai puţin fiabilă, aşa că o colorare a acidului cefalorahic din LCR şi o cultură micobacteriană ar trebui în continuare trimise. Cauzele fungice **(c)** ale patologiei SNC sunt, de asemenea, a consideraţie diagnostică, dar sunt mai puţin probabile decât cauzele virale. La acest pacient, pe lângă antigenul criptococic din LCR, sunt recomandate culturi fungice. *Bartonella* sp. **(d)** şi alte cauze rare de meningită nu sunt luate în considerare până când nu sunt efectuate alte analize de primul şi al doilea nivel. Atunci când sunt administraţi simultan cu (sau înainte) prima doză de antibiotic, steroizii **(e)** reduc incidenţa pierderii auzului neurosenzorial asociată cu

meningita bacteriană la copii. De asemenea, scade riscul unui rezultat nefavorabil la adulţii cu meningită bacteriană.

339. **Răspunsul este e.** *(Hasbun, p 1727.)* Indicaţiile pentru scanarea CT a creierului înainte de LP includ: pacienţi cu vârsta mai mare de 60 de ani, pacienţi imunocompromişi, pacienţi cu leziuni cunoscute ale SNC, pacienţi care au prezentat convulsii sau care au avut o convulsie în decurs de 1 săptămână de la prezentare , pacienţi cu nivel anormal de conştienţă, pacienţi cu conştienţă focală şi pacienţi cu examinare neurologică. la examenul fizic cu suspiciunea clinică de ICP crescută. Toţi pacienţii din acest scenariu prezentat se potrivesc uneia dintre aceste contraindicaţii, cu excepţia femeii de 51 de ani, cu febră şi rigiditate a gâtului.

340. **Răspunsul este a.** *(Tintinalli şi colab., pp 1459-1460.)* Pacientul prezintă **glaucom acut cu unghi închis** , care rezultă din obstrucţia scurgerii apei din camera anterioară a ochiului, cu o **creştere a presiunii intraoculare.** Este rezultatul unei camere anterioare superficiale sau a unei camere distorsionate de dezvoltarea cataractei. În mod clasic, apare atunci când un pacient părăseşte o situaţie prelungită slab luminată. Când irisul devine mijlociu dilatat, obstrucţionează maxim reţeaua trabeculară care oclude fluxul umorii apoase. Presiunile intraoculare pot creşte de la normal (10-21 mm Hg) la niveluri de până la 50 până la 100. **Acuitatea vizuală este de obicei scăzută** în ochiul afectat ca urmare a edemului corneei. Tratamentul vizează scăderea presiunii intraoculare cu acetazolamidă, Ș -blocante oftalmice, analogi de prostaglandine şi pilocarpină pentru a induce mioză. Este indicat consultatia si urmarirea oftalmologica. Pacienţii se pot plânge de dureri de cap, greaţă şi vărsături, dar adesea vor susţine că simptomele au început cu dureri oculare acute.

Examenul funduscopic **(b)** este ocazional anormal în glaucoma acută , dar edemul papilar asociat se dezvoltă rareori acut. Examenul corneei cu fluoresceină **(c)** este utilizat pentru a diagnostica abraziunile corneene sau alte patologii ale corneei (de exemplu, ulcere, keratită, corp străin, ruptură de cornee). Corneea poate apărea normală sau „aburoasă" în cazul glaucomului acut, pe măsură ce marginile acumulează edem de la creşterea presiunii din camera anterioară . Corneea nu trebuie să preia fluoresceină. LP **(d)** este utilizat pentru diagnosticarea patologiei intracraniene. Durerea acută unilaterală a glaucomului poate determina clinicianul să ia în considerare un HSA, dar glaucomul trebuie întotdeauna luat în considerare. O modificare a acuităţii vizuale **(e)** este nespecifică şi nu ar trebui să fie un diagnostic pentru glaucom.

341. **Răspunsul este b.** *(Kao, pp 985-1018.)* Pacienţii se confruntă cu simptome

de **intoxicaţie cu monoxid de carbon (CO).** CO este **incolor** şi **inodor.** Pacienţii prezintă adesea simptome uşoare nespecifice, inclusiv dureri de cap, stare de rău şi oboseală. Toxicitatea severă se manifestă ca toxicitate neurologică şi cardiacă. Cazurile severe se pot manifesta prin coagulare intravasculară diseminată, şoc circulator, insuficienţă multiorganică, boală cardiacă ischemică, insuficienţă renală sau edem pulmonar noncardiogen. Deşi există o scădere a conţinutului de oxigen din sânge, pacienţii nu vor prezenta cianoză, deoarece nu există suficientă deoxihemoglobină pentru a provoca aceasta. Sursele obişnuite de CO includ combustibili fosili - motoare care arde, fum de la sobele cu cărbune sau gaz şi fum de la incendii accidentale. Intoxicaţia cu CO este mai răspândită în timpul iernii, când sunt în funcţiune sisteme de încălzire potenţial defecte sau când pacienţii încearcă să-şi suplimenteze căldura casei folosind cuptorul lor. Terapia iniţială are ca scop creşterea conţinutului de oxigen arterial prin furnizarea de oxigen suplimentar. Intoxicaţia uşoară poate fi gestionată doar cu oxigen suplimentar. Nivelurile crescute de carboxihemoglobină necesită tratament cu oxigen hiperbaric.

Izolarea respiratorie **(a)** este indicată în cazurile de suspiciune de menin gită bacteriană în care se consideră că *N meningitidis* este organismul cauzator. Antibioticele şi LP **(c)** sunt adecvate dacă bănuiţi meningită. Triptanii şi antiemeticele **(d)** sunt tratamente de primă linie pentru migrenele. Transferul la o unitate hiperbară **(e)** este indicat pentru starea mentală alterată persistentă, pierderea conştienţei , convulsii, accident vascular cerebral, ischemie miocardică sau sarcină cu un nivel de carboxihemoglobină documentat mai mare de 15%.

342. Răspunsul este a. *(Evans, pp. 237-249.)* După un traumatism cranian, 30% până la 90% dintre pacienţi se plâng de dureri de cap în timpul convalescenţei. **Durerile de cap postconcusivă** sunt notabile pentru **variabilitatea lor** în frecvenţă, localizare şi simptome asociate. Acestea sunt adesea exacerbate de activitatea fizică sau de schimbările de poziţie şi pot fi dificil de distins clinic de alte sindroame cefalee. La pacienţii cu migrene preexistente, este adesea observată o frecvenţă crescută a sindromului lor migrenos normal. Majoritatea pacienţilor au rezolvat durerile de cap după 4 săptămâni. La 20% dintre pacienţi, cefaleea lor postconcusivă persistă mai mult de un an. Cefaleea poate fi o caracteristică a unui sindrom postconcusiv mai mare, inclusiv instabilitatea sistemului nervos. Aceasta poate include fragmentarea somnului, labilitatea emoţională, incapacitatea de a tolera mulţimile, neliniştea, incapacitatea de a se concentra şi anxietatea.

Hidrocefalia posttraumatică **(b)** este o complicaţie rară a traumatismelor craniene minore. Se prezintă cu semne şi simptome de creştere a ICP, inclusiv dureri de cap, instabilitate a mersului, ameţeli, greaţă şi vărsături. Este adesea

tranzitorie şi poate apărea ca o uşoară dilatare a ventriculilor. Higromas subdural **(c)** poate apărea în săptămânile următoare unei traume sau poate apărea ca descoperiri incidentale. Ocazional, cresc în dimensiune provocând simptome din cauza efectului de masă. Durerile de cap în grup **(d)** apar zilnic, la aceeaşi oră, timp de zile sau săptămâni. Sunt unilaterale, scurte şi plictisitoare în calitate. Instabilitatea automată a instabilităţii nervoase posttraumatice se suprapune considerabil cu tulburarea de stres posttraumatic **(e)** , ceea ce i-a determinat pe unii cercetători să postuleze că au un mecanism similar.

343. **Răspunsul este d.** *(Harrison, pp 2033-2034.)* Pacientul prezintă simptome în concordanţă cu un **adenom hipofizar secretor de prolactină.** Modalitatea imagistică adecvată pentru a diagnostica un adenom hipofizar este cu RMN de înaltă rezoluţie cu tăieturi subţiri prin sella. Femeile prezintă adesea amenoree, infertilitate şi galactoree. Bărbaţii vor prezenta scăderea libidoului. În ambele cazuri, extensia dincolo de sella poate prezenta defecte ale câmpului vizual sau alte simptome legate de masă.

(a) CT fără contrast şi cu contrast nu sunt deosebit de sensibile pentru aceste leziuni care stau în sella turcică. Bromocriptina **(b)** sau alţi agonişti dopaminergici cu acţiune centrală sunt utilizaţi pentru a trata macro- şi microadenoamele hipofizare. Prezenţa eritrocitelor sau a xantocromiei în LCR **(c)** este diagnosticul pentru un HSA. Prezentarea clinică este incompatibilă cu HSA. **(e)** Îndepărtarea LCR este tratamentul pentru IIH.

344. **Răspunsul este a.** *(Scheinfeld, 2006.) Medicamentele anticonvulsivante* sunt uneori folosite ca profilaxie pentru migrene. Fenitoina, acidul valproic, fenobarbitalul şi topiramatul se numără printre antiepilepticele utilizate în mod obişnuit pentru a preveni migrenele. Fenitoina cauzează **sindromul de hidantoină fetală,** o constelaţie de malformaţii congenitale, inclusiv întârzierea creşterii, despicarea palatului, deformările mâinii şi defecte cardiace structurale. Acidul valproic are efecte similare cu adăugarea de **defecte ale tubului neural.** Fenobarbitalul, în scădere a utilizării sale pentru prevenirea migrenei, provoacă defecte cardiace, despicaturi faciale şi anomalii ale tractului urinar. Datele timpurii privind topiramatul dezvăluie teratogenitate la modelele animale.

Ş -Blocantele **(b)** sunt, în general, sigure în timpul sarcinii Există o controversă semnificativă cu privire la siguranţa utilizării triptanilor **(c)** în timpul sarcinii Îngrijorarea este că proprietăţile lor vasoconstrictoare ar putea determina contracţia vaselor uterine, limitând fluxul sanguin fetal. Cele mai multe cercetări au arătat că sugarii născuţi din mame care au luat triptani în timpul sarcinii au rate de malformaţii congenitale nu mai mari decât fondul. Hipertensiunea arterială şi afecţiunile cardiace sunt contraindicaţii primare ale terapiei cu triptan

şi medicamentul trebuie întrerupt dacă se suspectează preeclampsie precoce. Acetaminofenul şi antiemeticele **(d şi e)** sunt în general sigure de luat în timpul sarcinii.

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

Slăbiciune și amețeli

Întrebări

345. Un bărbat în vârstă de 78 de ani se prezintă la secția de urgență (UR) plângere de slăbiciune a brațului stâng care a început acum 10 minute în clinică. Pacientul afirmă că are antecedente de hipertensiune arterială și diabet, dar nu a avut niciodată simptome similare în trecut. Se simte bine altfel. Tensiunea arterială (TA) este de 157/85 mm Hg, ritmul cardiac (HR) este de 87 bătăi pe minut, temperatura este de 98,8 ° F și ritmul respirator (RR) este de 14 respirații pe minut. Examenul său neurologic este neremarcabil și pacientul afirmă jenant că brațul stâng nu mai este slab. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Accident vascular cerebral trombotic
b. Tulburare de conversie
c. Migrenă cu deficit neurologic focal
d. atac ischemic tranzitoriu (AIT)
e. paralizie Todd

346. Un bărbat în vârstă de 56 de ani se prezintă la urgență plângându-se de amețeli intermitente și greață pe tot parcursul zilei. El crede că a început după ce a mâncat restul de salată de creveți dimineața. La întrebări suplimentare, el raportează că în timpul episoadelor de amețeală, camera se învârte în jurul lui și episoadele sunt declanșate prin întoarcerea capului la dreapta. Neagă pierderea auzului, tinitusul sau alte simptome asociate. TA este de 137/85 mm Hg, HR este de 67 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,5 ° F și RR este de 14 respirații pe minut. Pacientul reproduce simptomele rotind capul spre dreapta. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Vertij pozițional benign (BPV)
b. Intoxicatii alimentare
c. boala Meniere
d. Labirintită
e. TIA

347. O femeie de 29 de ani se prezinta la Urgenta plangandu-se de vedere dubla timp de 3 zile. Ea afirmă că s-a simţit foarte obosită în ultima vreme, mai ales la sfârşitul zilei, când chiar şi pleoapele îi sunt grele. Se simte mai bine dimineaţa şi după prânz când se poate odihni o oră. TA este de 132/75 mm Hg, HR este de 70 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,4 ° F şi RR este de 12 respiraţii pe minut. La examinare găsiţi ptoză şi slăbiciune musculară proximală. Care este cel mai potrivit test de diagnostic de efectuat?

a. Testul Edrofoniu
b. Testare serologică pentru anticorpi la receptorii de acetilcolină
c. Tomografia computerizată a capului (CT).
d. Panou electrolitic
e. Puncţia lombară

Întrebările de la 348 la 349

348. O femeie de 40 de ani este adusă la urgenţă de către paramedici care se plâng de slăbiciune bilaterală a piciorului şi amorţeală care a început în urmă cu câteva ore şi se agravează progresiv. Ea neagă episoade similare din trecut. În analiza sistemelor, ea descrie că a avut crampe abdominale cu greaţă , vărsături şi diaree în urmă cu 2 săptămâni, care s-au rezolvat după 2 până la 3 zile. TA este de 124/67 mm Hg, HR este de 68 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,8 ° F şi RR este de 12 respiraţii pe minut. La examinare, obţineţi 2/5 forţă, scăderea senzaţiei şi pierderea reflexelor profunde ale tendonului în extremităţile inferioare de sub şolduri. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Paralizie periodică hipokaliemică
b. Sindromul Guillain-Barre
c. Boala vasculară periferică
d. tetanos
e. Abces cerebral

349. Ce complicaţie care pune viaţa în pericol este asociată cu acest proces de boală descris în întrebarea anterioară?

a. Paralizie permanentă
b. Trombocitopenie
c. Insuficienţă respiratorie
d. Nevoie de operaţie
e. Insuficienţă renală

350. Un bărbat în vârstă de 58 de ani se prezintă la urgență plângându-se de slăbiciune generalizată în ultimele 2 zile. El afirmă că în urmă cu câteva zile a avut crampe abdominale, vărsături și diaree când toată familia sa s-a îmbolnăvit după un picnic. Aceste simptome s-au rezolvat acum o zi și jumătate, dar nu a mâncat bine și acum se simte slăbit peste tot. Pacientul are antecedente de hipertensiune arterială pentru care ia hidroclorotiazidă (HCTZ), care a fost crescută recent. TA este de 144/87 mm Hg, HR este de 89 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,7 ° F și RR este de 12 respirații pe minut. Examenul fizic evidențiază hiporeflexie. Electrocardiograma lui (ECG) este prezentată mai jos. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Hipernatremie
b. Hiponatremie
c. Hiperkaliemie
d. Hipokaliemie
e. Hipercalcemie

351. Un bărbat de 69 de ani este adus la urgenţă de fiul său, care afirmă că tatăl său a dezvoltat slăbiciune la braţul şi piciorul stâng în această după-amiază şi acum are dificultăţi în mers. Pacientul afirmă că are antecedente de palpitaţii ale inimii şi a încetat recent să-şi ia medicamentul pentru subţierea sângelui pentru că îi dădea stomac deranjat. TA este de 165/90 mm Hg, HR este de 97 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,9 ° F şi RR este de 16 respiraţii pe minut. Bănuieşti că pacientul are un accident vascular cerebral şi îl duci de urgenţă la scanerul CT. Rezultatul CT a capului este văzut mai jos. Ce procent din toţi pacienţii cu AVC vor avea acest tip de AVC?

(Reprodus, cu permisiunea, din Brunicardi CF et al. Schwartz's Principles of Surgery *. New York, NY: McGraw-Hill, 2005:1616.)*

a. 20%
b. 40%
c. 60%
d. 80%
e. 95%

Întrebările de la 352 la 353

352. O femeie de 35 de ani se prezintă la urgenţă plângându-se de slăbiciune a braţului stâng şi dureri faciale drepte timp de 1 zi. Ea neagă orice antecedente medicale anterioare, dar în analiza sistemelor îşi aminteşte că a avut dureri şi scăderea vederii la ochiul stâng în urmă cu aproximativ 4 luni, care s-a rezolvat de atunci. Ea a atribuit-o că era stresată şi obosită şi nu a consultat un medic în

acel moment. TA este de 126/75 mm Hg, HR este de 76 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,8 ° F şi RR este de 12 respiraţii pe minut. Examenul fizic este imposibil de marcat, cu excepţia forţei de 4/5 în extremitatea superioară stângă. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Miastenia gravis
b. Scleroza multiplă (SM)
c. Ocluzia arterei vertebrobazilare
d. Encefalită
e. Sindromul Guillain-Barre

353. Care dintre următoarele este cel mai bun test pentru a vă confirma diagnosticul la întrebarea anterioară?

a. Testul Edrofoniu
b. Angiografia arterelor carotide
c. Analiza punctiei lombare (LP) și a lichidului cefalorahidian (LCR).
d. Obțineți un CT al capului
e. Obțineți o imagistică prin rezonanță magnetică a capului (RMN)

354. O femeie de 58 de ani este adusă la urgenţă de paramedici care se plâng de agravarea slăbiciunii braţului stâng şi a piciorului. Ea raportează un istoric de hipertensiune , diabet şi fumat. Ea neagă orice intervenţie chirurgicală din trecut. TA este de 165/83 mm Hg, HR este de 110 bătăi pe minut, temperatura este de 98,4 ° F, RR este de 18 respiraţii pe minut, pulsoximetria este de 98% pe aerul camerei şi glucoza capilară este de 147 mg/dL. La examinare, vorbirea pacientului este neclară şi observaţi o scădere a feţei pe partea stângă. Forţa braţului şi piciorului stâng este de 2/5 şi există o senzaţie redusă. CT-ul capului pacientului este normal. Au trecut 130 de minute de la debutul simptomelor. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Observaţie din moment ce iese din fereastra trombolitică.
b. Administraţi nitroprusiat pentru a-i scădea tensiunea arterială, apoi administraţi trombolitice.
c. Se administrează heparină numai pentru că este în afara ferestrei trombolitice.
d. Se administrează terapie trombolitică.
e. Administraţi aspirina doar din moment ce este în afara ferestrei trombolitice.

355. O femeie de 37 de ani se prezintă la îngrijiri de urgenţă plângându-se de slăbiciune generală şi vedere înceţoşată în ultima lună. Ea afirmă că se simte grozav dimineaţa, dar până la cină are probleme la gătit şi se plânge de vedere dublă. Soţul ei observă că pleoapele ei par uneori căzute seara. La examenul fizic, nervii cranieni sunt intacţi, pupilele sunt egale şi reactive, muşchii extraoculari sunt intacţi; cu toate acestea, observaţi ptoză uşoară. Care este cel mai probabil

diagnosticul acestui pacient?

a. Botulism
b. sindromul miastenic Lambert-Eaton
c. Oftalmoplegia celui de-al treilea nerv cranian
d. Sindromul Guillain-Barre
e. Miastenia gravis

356. O femeie în vârstă de 63 de ani, însoţită de soţul ei, este adusă la urgenţă de către EMS, cu o slăbiciune care se agravează la braţul drept, care a început în urmă cu 90 de minute la operă. Soţul ei afirmă că are antecedente de hipertensiune arterială şi antecedente lungi de fumat. Nu are antecedente chirurgicale. Soţul afirmă că soţia lui era bine când mergea la operă. TA pacientului este de 215/118 mm Hg, HR este de 97 bătăi pe minut, temperatura este de 99,3 ° F şi RR este de 14 respiraţii pe minut. La examinare, pacientul este anxios, uşor afazic, are 2/5 forţă şi senzaţie diminuată în extremitatea superioară dreaptă. Au trecut 2 ore de la debutul simptomelor. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Se administrează labetalol.
b. Se administrează terapie fibrinolitică.
c. Administraţi aspirină înainte de terapia fibrinolitică pentru a reduce agregarea trombocitelor.
d. Administraţi fenitoină înainte de terapia fibrinolitică ca profilaxie a convulsiilor.
e. Administraţi manitol pentru a reduce presiunea intracraniană înainte de terapia fibrinolitică.

357. O femeie de 46 de ani se prezintă la urgenţă împreună cu soţul ei, plângându-se de simptome asemănătoare gripei, dureri de cap, vărsături şi dispnee. Ea afirmă că nu a avut niciodată simptome similare în trecut şi că şi soţul ei se îmbolnăveşte cu simptome similare, dar refuză să meargă la medic. Ea spune că s-a simţit bine ieri şi chiar şi-a ajutat soţul să instaleze un generator de casă în garajul lor. TA este de 142/85 mm Hg, HR este de 97 de bătăi pe minut, temperatura este de 100,6 ° F şi RR este de 20 de respiraţii pe minut. La examinare, pacientul răspunde lent la întrebări. Care dintre următoarele este cel mai potrivit test de diagnostic?

a. Trimiteţi sânge pentru a verifica numărul de globule albe (WBC).
b. Comandaţi o tomografie a capului.
c. Trimiteţi sânge pentru a verifica nivelul de carboxihemoglobină.
d. Realizaţi un LP
e. Nu este necesară nicio testare în acest moment.

358. O femeie dreptaţă de 82 de ani este adusă la urgenţă de fiica ei, declarând că mama ei nu a putut să meargă după ce s-a trezit dintr-un pui de somn în urmă cu 30 de minute. Pacientul are antecedente de hipertensiune arterială şi diabet. TA este de 179/76 mm Hg, HR este de 91 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,9 ° F şi RR este de 14 respiraţii pe minut. La examinare, obţii deficite neurologice şi o aduci urgent la scanerul CT. Radiologul vă spune că există o anomalie în lobul parietal stâng şi un accident vascular cerebral probabil mijlociu. Pe care dintre următoarele deficite motorii este probabil să le găsiţi la acest pacient?

a. Deficit senzoriomotor drept în braţ mai mare decât picior şi afazie
b. Deficit senzoriomotor stâng în braţ mai mare decât picior şi afazie
c. Deficit senzoriomotor drept în picior mai mare decât braţ, răspuns încetinit la întrebări şi tulburări de judecată
d. Deficit motor drept şi cădere facială stângă
e. Doar hemiplegia piciorului drept

359. Un bărbat în vârstă de 67 de ani este adus la urgență de soția sa care afirmă că fața soțului ei arată diferit și că de ieri are greață, vărsături și instabil în picioare. Pacientul afirmă, de asemenea, că a avut vedere încețoșată și dificultăți la înghițire, pe lângă faptul că simte că camera se înclină dintr-o parte în alta. Pacientul atribuie acest lucru consumului de somon rămas aseară. Istoricul medical al pacientului este remarcabil pentru obezitate și hipertensiune arterială. TA este de 187/89 mm Hg, HR este de 86 de bătăi pe minut, temperatura este de 99,3 ° F și RR este de 13 respirații pe minut. La examinare, găsiți o cădere facială dreaptă, diplopie, nistagmus vertical și ataxie severă. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Infarct lacunar
b. BPV
c. Labirintită
d. Ocluzia arterei cerebrale posterioare
e. Ocluzia arterei vertebrobazilare

360. Un bărbat de 45 de ani se prezintă la urgență plângându-se de episoade recurente de amețeală și greață peste noapte. El descrie episoadele ca pe o cameră care se legănă dintr-o parte în alta atunci când stă întins pe partea stângă. El raportează acum o ușoară durere de cap și neagă tinitus, pierderea auzului, febră sau vărsături. Nu are probleme medicale și nu ia medicamente, cu excepția ocazionalului aceta minofen. TA este de 123/65 mm Hg, HR este de 69 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,5 ° F și RR este de 12 respirații pe minut. Pacientul este acum asimptomatic și examenul este neremarcabil. Care dintre următoarele este cel mai potrivit test de diagnostic?

a. Manevra Dix-Hallpike
b. Testare de stimulare calorică
c. Semne vitale ortostatice
d. Tomografia capului
e. ECG

361. O tanara de 23 de ani se prezinta la Urgenta plangandu-se de ameteli si slabiciune timp de 2 zile. Ea se plânge că nu are energie pentru a-şi îndeplini sarcinile la locul de muncă şi chiar îi lipseşte respiraţia urcând scările spre apartamentul ei de la etajul trei. Ea neagă dificultatea de respiraţie în repaus, febră, greaţă, vărsături, diaree, dureri în piept, dureri de cap, călătorii recente sau alte simptome asociate. Nu are probleme medicale şi nu ia medicamente. La întrebări suplimentare, ea raportează că se află în ziua a 9-a a menstruaţiei, care a fost grea. Menstruaţia ei este regulată şi durează aproximativ 10 zile. TA este de 122/75 mm Hg, HR este de 108 bătăi pe minut, temperatura este de 98,7 ° F şi RR este de 12 respiraţii pe minut. Examenul fizic este neremarcabil, cu excepţia conjunctivei palide şi a tahicardiei uşoare. Care dintre următoarele este cel mai potrivit test de diagnostic iniţial?

a. Panoul metabolic de bază
b. Hemoleucograma completă
c. Obţineţi ECG
d. Obţineţi radiografie toracică
e. Se face CT toracic cu contrast

362. Un bărbat de 57 de ani se prezintă la urgenţă cu slăbiciune şi durere generalizată, disconfort abdominal şi greaţă timp de 2 zile. În analiza sistemelor, el admite, de asemenea, polidipsie recentă, poliurie şi o pierdere în greutate de 10 lb. Istoricul său medical include hipertensiune arterială pentru care nu ia medicamente. Are o istorie de fumat de 20 de ani. Semnele vitale sunt remarcabile pentru diametrul tahicar uşoară şi hipertensiune arterială. Rezultatele de laborator evidenţiază un sodiu seric 131 mEq/L, potasiu 3,5 mEq/L, clorură 101 mEq/L, bicarbonat 22 mEq/L, azot ureic din sânge (BUN) 15 mg/dL, creatinină 1,1 mg/dL, glucoză 125 mg/2 mEq/l, glucoză 125 mg/2 mEq/l, 6 mL seric. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Se administreaza calcitonina
b. Începeţi un bolus intravenos (IV) de soluţie salină normală 0,9%.
c. Se administrează furosemid
d. Obţineţi radiografie toracică
e. Obţineţi ECG

Întrebările de la 363 la 364

363. O femeie de 46 de ani se prezintă la urgenţă cu slăbiciune a braţului şi piciorului stâng pentru o jumătate de oră. Nu are probleme medicale, cu excepţia durerilor cronice de gât, după o coliziune cu un autovehicul în urmă cu 5 ani. La examinare, ea are mioză ochiului drept, ptoză parţială şi 3/5 forţă la extremităţile ei superioare şi inferioare stângi. Care dintre următoarele este în concordanţă cu

constatările oculare ale pacientului?
a. Paralizia nervului oculomotor
b. Paralizia clopotului
c. sindromul Horner
d. Semnul Kehr
e. semnul Nikolsky

364. La întrebări suplimentare, pacienta de mai sus afirmă că mai devreme în cursul zilei a văzut un chiropractician pentru durerile ei de gât. După şedinţă, a dezvoltat dureri severe de gât în partea dreaptă. Aproximativ o oră mai târziu a observat dificultăţi în folosirea părţii stângi a corpului. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?
a. Disecţia arterei carotide interne
b. Sindromul sinusului cavernos
c. Scleroza multiplă
d. Mielita transversală
e. Fractura de proces spinos a unei vertebre cervicale

365. Un bărbat de 64 de ani se prezintă la urgenţă plângându-se de un episod de vertij pe care l-a experimentat în timp ce făcea exerciţii în sala de sport astăzi. El afirmă că de o săptămână are episoade similare cu exerciţii fizice. Rutina lui constă în alergarea pe bandă de alergare, ridicarea greutăţilor şi presarea picioarelor. Vertijul apare de obicei la mijlocul rutinei atunci când ridică greutăţi şi se rezolvă odată cu încetarea exerciţiului. De asemenea, a observat dureri neobişnuite de braţul stâng în timpul acestor episoade. Are hipertensiune arterială pentru care ia medicamente antihipertensive şi a avut un infarct miocardic în urmă cu 6 ani. El a scăzut fumatul de la un pachet pe zi la cinci ţigări pe zi în ultimii 6 ani. TA în braţul drept este de 148/80 mm Hg, iar în braţul stâng este de 129/74 mm Hg. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?
a. Sindromul venei cave superioare
b. Disecţia aortică
c. Sindromul de furt subclavian
d. Angina pectorală
e. Neuronita vestibulară

366. O femeie în vârstă de 36 de ani se prezintă la urgenţă plângându-se că slăbiciunea s-a agravat în ultimele câteva săptămâni. Ea afirmă că iniţial a atribuit-o suprasolicitarii, dar în ultimele zile întâmpină dificultăţi neobişnuite să se ridice de pe scaun sau să meargă pe treptele spre apartamentul ei de la etajul patru. Nu are antecedente medicale şi nu ia medicamente. Semnele ei vitale sunt neremarcabile. La examinare, ea are 5/5 forţă în extremităţile ei superioare şi inferioare bilaterale distal, dar 3/5 forţă proximal. Examenul senzorial şi

reflexele sunt normale. De asemenea, observaţi o erupţie maculară roşie confluentă pe pleoape. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Miastenia gravis
b. Scleroza multiplă
c. Dermatomiozita
d. rabdomioliză
e. Infecţie gonococică diseminată

367. O femeie de 32 de ani se prezintă la UR plângându-se de apariţia bruscă a slăbiciunii faciale stângi care a început cu o jumătate de oră în urmă, care a fost observată de colegul ei de muncă. Ea neagă că a avut probleme medicale sau că a luat medicamente. În ceea ce priveşte revizuirea sistemelor, ea admite febră subiectivă, oboseală şi artralgii în ultima săptămână, pe care le-a atribuit gripei. De asemenea, relatează că a avut o erupţie pe partea din spate a coapsei în urmă cu o lună, în perioada în care făcea drumeţii în Rhode Island. La examinare, a lăsat paralizie facială. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Paralizia lui Bell
b. boala Lyme
c. Sindromul Ramsay Hunt
d. Tumora pe creier
e. Febra petală a Munţilor Stâncoşi (RMSF)

368. O femeie în vârstă de 24 de ani se prezintă la urgență plângându-se de amețeli și amorțeală și furnicături în vârful degetelor cu amplitudine redusă de mișcare. Elementele vitale inițiale includ o HR de 100 de bătăi pe minut, un RR de 30 de respirații pe minut cu o saturație de oxigen de 100% în aerul camerei. Pacientul neagă orice alte simptome. La examinarea fizică, pacientul apare anxios, tahipneic cu aspect gheare la ambele mâini, care sunt greu de întins. Se extrage o gaze sanguine arteriale care arată un pH de 7,55 cu un nivel scăzut de dioxid de carbon și un nivel normal de bicarbonat. Care dintre următoarele tulburări metabolice subiacente este responsabilă pentru simptomele acestui pacient?

a. Acidoza metabolica
b. Alcaloză metabolică
c. Acidoza respiratorie
d. Alcaloza respiratorie
e. Hipertiroidismul

Slăbiciune și amețeli

Răspunsuri

345. **Răspunsul este d.** *(Rosen, p. 1435.)* Pacientul a avut un **AIT,** care implică **deficite neurologice care se rezolvă în 24 de ore de la debut.** AIT preced adesea accidentul vascular cerebral ischemic; până la 50% dintre pacienții cu AIT vor avea un AVC în următorii 5 ani, cu cea mai mare incidență în prima lună. Este important să se recunoască AIT și să se evalueze pacienții pentru **sursele de emboli cardiace sau carotidiene.** Deși simptomele se rezolvă adesea, mulți pacienți cu AIT vor avea dovezi de infarct la CT/RMN.

Pacientul nu a avut un accident vascular cerebral trombotic **(a)** . Deficitele neurologice nu sunt tranzitorii într-un accident vascular cerebral. Tulburarea de conversie **(b)** este o tulburare rară care se caracterizează prin debutul brusc, dramatic, al unui singur simptom . Se prezintă de obicei ca o tulburare neurologică nedureroasă pentru care nu există date obiective. Este un diagnostic de excludere. Deși aurele migrenoase pot include deficite neurologice focale **(c)** , pacientul din vignetă nu are antecedente de migrene și nu se plânge de o durere de cap. Paralizia Todd **(e)** este un deficit neurologic focal tranzitoriu care persistă după o criză.

346. **Răspunsul este a.** *(Tintinalli și colab., p. 1404.)* **BPV** este un vertij pozițional tranzitoriu asociat cu nistagmus. Problema apare secundar creării și mișcării canalelor (densități în mișcare liberă) în canalele semicirculare ale urechii interne cu o anumită mișcare a capului. Deficitele neurologice sunt absente în BPV. Rețineți că în BPV poate apărea **nistagmus** orizontal, vertical sau rotativ . Este important să acordați o atenție deosebită unui pacient cu nistagmus vertical deoarece acesta poate fi asociat cu o leziune a trunchiului cerebral sau cerebelului. BPV se tratează cu **manevra Epley** (o serie de întoarceri ale capului și corpului care repoziționează canalul), antiemetice și antihistaminice. Diferențele cheie între vertijul periferic și central sunt văzute în diagramă.

Toxiinfecția alimentară **(b)** nu ar provoca vertij. Dacă este asociată cu vărsături și diaree, poate duce la deshidratare și amețeală, dar nu la simptome vertiginoase. Boala Meniere **(c)** este o boală a urechii interne cu etiologie neclară. Se prezinta cu crize recurente de vertij si tinitus, cu surditate a urechii implicate intre atacuri. Labirintita **(d)** se prezintă cu pierderea auzului și atacuri de vertij

poziţionale scurte şi bruşte. AIT **(e)** care implică

	Vertij periferic	Vertijul central
Fiziopatologia	Tulburare vestibulară nervul (CN VIII)	Tulburare a creierului tulpina sau cerebelul
Severitate	Intens	Mai puţin intens
Debut	Brusc	Lent
Model	Intermitent	Constant
Greaţă şi vărsături	De obicei prezent	De obicei absent
Exacerbat de poziţie	De cele mai multe ori	Mai puţin timp
Anomalii de auz	Poate fi prezent	De obicei absent
Deficienţe neurologice	De obicei absent	De obicei prezent
Oboseala simptomelor	Da	Nu
Nistagmus	Orizontală, verticală, rotativă	Vertical

sistemul vertebrobazilar poate prezenta vertij dar este un diagnostic improbabil în acest caz de simptome recurente de vertij poziţional.

347. Răspunsul este a. *(Rosen, p 1522.)* Suspiciunea clinică ridicată în acest caz este pentru **miastenia gravis,** o afecţiune autoimună în care **anticorpii receptorilor de acetilcolină** blochează legarea acetilcolinei şi previn conducerea neuromusculară normală. Boala afectează în mod obişnuit femeile tinere şi bărbaţii în vârstă şi prezintă **slăbiciune generalizată care se agravează cu utilizarea repetitivă a muşchilor, care este de obicei ameliorată cu odihnă.** Ptoza şi diplopia sunt de obicei prezente. Testul **cu edrofoniu** este utilizat pentru a ajuta la diagnosticarea miasteniei gravis. Presupune administrarea de edrofoniu, o anticolinesteraza cu actiune scurta, care previne descompunerea acetilcolinei. Odată cu nivelurile crescute de acetilcolină la joncţiunea neuromusculară, pacientul experimentează o îmbunătăţire subiectivă şi obiectivă a simptomelor prin prevenirea defalcării rapide a acetilcolinei la joncţiunea mioneurală. Testarea serologică **(b)** pentru anticorpii la receptorii de acetilcolină este utilă atunci când este pozitivă şi ar trebui obţinută în evaluarea acestui pacient. Un test negativ nu exclude tulburarea. Electromiograma este diagnostică. **(c)** Puteţi lua în considerare o scanare CT pentru a evalua pacienta pentru o posibilă leziune în masă sau anevrism care îi cauzează ptoză şi diplopie. Cu toate acestea, scenariul clinic este mai în concordanţă cu myas thenia gravis. **(d)** Un panou cu electroliţi va fi probabil normal. **(e)** Dacă testul edro phonium este normal, ar trebui luată în considerare o puncţie lombară.

348. Răspunsul este b. *(Rosen, pp. 120-122.)* Pacientul are o **neuropatie periferică ascendentă progresivă,** cunoscută şi sub numele de **sindrom Guillain-Barre.** Pacienţii îşi pot aminti de obicei o boală virală anterioară, de obicei gastroenterita . **Reflexele tendinoase profunde sunt de obicei absente.**

Paralizia periodică hipokaliemică face parte din grupul eterogen de boli musculare cunoscute sub numele de paralizii periodice şi se caracterizează prin episoade de slăbiciune musculară flască care apar la intervale neregulate. Majoritatea afecţiunilor sunt ereditare şi sunt mai mult episodice decât periodice. Boala vasculară periferică **(c)** , o complicaţie frecventă a diabetului de lungă durată, provoacă parestezii la nivelul extremităţilor inferioare distale şi nu paralizie acută. Tetanus **(d)** se manifestă ca rigiditate musculară cauzată de toxina *Clostridium tetani* care împiedică eliberarea neurotransmiţătorilor inhibitori. Lockjaw este o plângere frecventă în tetanosul generalizat. Un abces cerebral **(e)** se prezintă de obicei cu febră, cefalee şi constatări neurologice focale şi este de obicei cauzat de o traumă asociată, o intervenţie chirurgicală sau răspândire infecţioasă dintr-un alt loc.

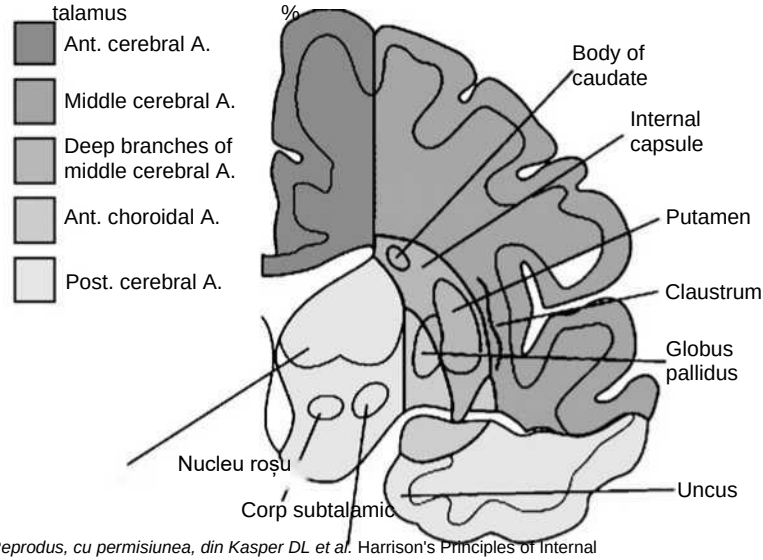
349. Răspunsul este c. *(Rosen, pp. 120-122.)* Paralizia progresivă în sindromul Guillain-Barre poate urca rapid la sistemul respirator şi poate provoca **insuficienţă respiratorie.** Pacienţii trebuie să fie monitorizaţi şi să li se ofere suport ventilator dacă este necesar.

(a) Sindromul Guillain-Barre este o afecţiune tranzitorie, nu permanentă. **(b, d şi e)** nu sunt complicaţii ale sindromului.

350. Răspunsul este d. *(Tintinalli şi colab., p. 172.)* Acest pacient prezintă **hipokaliemie,** secundară pierderilor crescute de potasiu prin vărsături şi diaree, precum şi aportului oral redus. Deficitul de potasiu are ca rezultat hiperpolarizarea membranei celulare şi duce la **slăbiciune musculară, hiporeflexie, ileus intestinal şi paralizie respiratorie.** Rezultatele ECG caracteristice includ unde T aplatizate, unde U şi intervale QT şi PR prelungite.

Hiponatremia **(a)** şi hipernatremia **(b)** afectează în principal sistemul nervos central (SNC), ducând la dureri de cap, anorexie, letargie şi confuzie. În cazurile mai severe, hiponatremia provoacă convulsii, comă şi stop respirator; în timp ce pacienţii cu hipernatremie profundă dezvoltă ataxie, tremor şi spasme. Hiperkaliemia **(c)** poate duce la aritmii cardiace şi prezintă, de obicei, constatări ECG distincte, inclusiv unde T maxime, intervale QT şi PR prelungite şi complex QRS lărgit care poate progresa la un model de undă sinusoidală. Semnele de hipercalcemie **(e)** includ dureri osoase şi abdominale, pietre la rinichi şi starea mentală alterată (reamintită prin: „oase, pietre, gemete şi nuanţe psihiatrice"). În plus, efectele cardiace includ bradicardie, blocuri cardiace şi interval QT scurt pe

ECG.



(Reprodus, cu permisiunea, din Kasper DL et al. Harrison's Principles of Internal Medicament . *New York, NY. McGraw-Hill, 2005:2381.) (Cu amabilitatea lui CM Fisher, MD.)*

351. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp 1434-1435.)* Imaginea CT arată o hipodensitate mare în regiunea parietal-occipitală dreaptă reprezentând un **accident vascular cerebral ischemic.** AVC-urile ischemice cuprind **80%** din toate accidentele vasculare cerebrale, iar cele hemoragice reprezentând celelalte 20%. Evenimentele ischemice includ **accidente vasculare cerebrale trombotice** (formarea de tromb la locul unei plăci aterosclerotice ulcerate), **embolice** (tromb embolizat la un loc distal) şi accidente vasculare cerebrale **lacunare** (ocluzie a arterei terminale mici). Acest pacient a avut probabil un cardioembolic secundar fibrilaţiei atriale. Fibrilaţia atrială este un factor de risc important pentru un accident vascular cerebral embolic, în special atunci când pacienţii nu respectă terapia anticoagulante, ca pacientul din vignetă. Sângerarea intracraniană secundară unui eveniment hemoragic apare hiperdensă la tomografia computerizată. Diagrama de mai sus ilustrează circulaţia cerebrală.

352. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp. 253-254.)* Consideraţi **SM** ca un diagnostic în prezentările diferitelor simptome neurologice care sunt dificil de explicat printr-o singură leziune a SNC, în special cele care apar la o femeie în a treia decadă de viaţă. SM este o **boală demielinizantă multifocală a SNC** care în 30% din cazuri se prezintă iniţial cu **nevrită optică** (durere oculară unilaterală şi scădere a acuităţii vizuale).

Miastenia gravis **(a)** se prezintă în mod obişnuit cu slăbiciune musculară care este exacerbată de activitate, insomnie sau consumul de alcool şi este ameliorată prin odihnă. Cele mai frecvente simptome iniţiale includ ptoză, diplopie şi vedere înceţoşată. Insuficienţa vertebrobazilară **(c)** se prezintă cu simptome cerebeloase şi ale trunchiului cerebral , cum ar fi vertij, disfagie şi diplopie, dintre care niciunul nu este prezent la acest pacient. Encefalita **(d)** este o infecţie a parenchimului cerebral şi se prezintă cu o stare mentală alterată care poate fi asociată cu deficite neurologice focale. Pacienţii pot prezenta modificări de comportament şi de personalitate, convulsii, dureri de cap, fotofobie şi simptome generalizate de febră, greaţă şi vărsături. Sindromul Guillain-Barre (**e)** este cea mai frecventă polineuropatie . Este descris ca o paralizie ascendentă care este adesea precedată de un sindrom viral. Clasic este asociat cu pierderea reflexelor tendinoase profunde.

353. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp 2553-2554.)* Leziunile demielinizante SM sunt adesea bine demonstrate pe **RMN,** dar nu pot fi vizualizate pe **(d)** scanarea CT.

Testul cu edrofoniu **(a)** este utilizat ca adjuvant în diagnosticul miasteniei gravis. O angiografie a arterei carotide **(b)** este utilă atunci când se evaluează arterele carotide pentru traumatisme, disecţii sau trombi. Analiza LCR **(c)** vă poate ajuta să vă ajute în diagnosticarea SM, deoarece dezvăluie adesea bandaj oligoclonal şi proteine crescute.

354. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp 1440-1442.)* Pacientul este un bun candidat pentru **terapia fibrinolitică.** Ea are un **accident vascular cerebral ischemic acut** (în distribuţia arterei cerebrale medii) , nu are contraindicaţii la terapie şi este evaluată în intervalul de 3 ore (180 de minute) de la debutul simptomelor. Criteriile de excludere pentru utilizarea tromboliticelor includ:

- Dovezi de hemoragie intracraniană pe CT cap fără contrast (absolută)
- Simptome de accident vascular cerebral minore sau care se ameliorează rapid
- Suspiciune clinică pentru hemoragie subarahnoidiană
- Sângerare internă activă în ultimele 21 de zile
- Diateză hemoragică cunoscută
- În decurs de 3 luni de la un traumatism cranian grav, un accident vascular cerebral sau o intervenţie chirurgicală intracraniană
- În termen de 14 zile de la o intervenţie chirurgicală majoră sau un traumatism grav
- Puncţie arterială recentă la locul necompresibil
- LP în 7 zile
- Antecedente de hemoragie intracraniană, malformaţie AV
- Convulsii asistat la debutul accidentului vascular cerebral

- Infarct miocardic recent sau TA sistolică > 185 mm Hg sau TA diastolică > 110 mm Hg

CT capului poate părea inițial normal și începe să arate amploarea leziunii în 6 până la 12 ore de la debutul simptomelor.

(a) Ghidurile actuale recomandă ca trombolitice să fie administrate în decurs de 3 ore (180 de minute) de la debutul simptomelor la pacient. Orice pacient ale cărui simptome sunt prezente la trezirea din somn este exclus deoarece nu poate fi sigur când au început simptomele. **(b)** Consensul general în literatura de neurologie este de a *nu* trata hipertensiunea la pacienții cu AVC ischemic acut decât dacă aceștia sunt candidați pentru tromboliză și TA este > 185 mm Hg sistolică sau 100 mm Hg diastolică. Labetalolul este adesea recomandat în comparație cu nitroprusiatul. Labetalolul păstrează autoreg ulația cerebrală normală, în timp ce nitroprusiatul, un vasodilatator, poate devia sângele din țesutul lezat și poate provoca ischemie crescută. Terapia cu heparină **(c)** nu s-a dovedit că reduce mortalitatea cauzată de accident vascular cerebral sau dizabilitate în cazul accidentului vascular cerebral acut. Dacă pacientul nu este candidat pentru trombolitice, aspirina **(e)** trebuie administrată în cazul accidentului vascular cerebral ischemic acut. S-a demonstrat că terapia de întreținere cu aspirină zilnică sau alt agent antiagregant plachetar ajută la reducerea recurenței accidentului vascular cerebral după un AIT.

355. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp 1522-1524.)* **Miastenia gravis** este o boală autoimună a **joncțiunii neuromusculare** , care este mai frecventă la femeile în vârstă de douăzeci și treizeci de ani și la bărbați în vârstă de șaptezeci și optzeci de ani. Miastenia gravis rezultă din autoanticorpi direcționați împotriva receptorului nicotinic de acetilcolină de la joncțiunea neuromusculară. Acest lucru duce la distrugerea receptorilor de acetilcolină și la competiția cu acetilcolina pentru receptorii rămași. **Slăbiciunea musculară** și **oboseala** sunt semnele distinctive ale miasteniei gravis. Simptomele oculare se manifestă precoce și includ ptoză, diplopie și slăbiciune musculară. Simptomele se agravează de obicei pe măsură ce ziua progresează. Diagnosticul se face de obicei prin testul **edrofoniu** sau **Tensilon.**

(a) Botulismul este o boală mediată de toxine care provoacă slăbiciune acută prin legarea ireversibilă a toxinei botulinice de membrana presinaptică a nervilor, inhibând ulterior eliberarea de acetilcolină. Prezentarea clasică a botulismului este o paralizie descendentă, simetrică. Spre deosebire de myas - thenia gravis, toxina botulină scade producția colinergică, ceea ce poate duce la semne anticolinergice, cum ar fi pupile dilatate, piele uscată, retenție urinară, constipație și creșterea temperaturii. **(b)** Sindromul miastenic Lambert-Eaton este adesea asociat cu carcinomul pulmonar cu celule mici. Corpii autoani determină

o eliberare scăzută de acetilcolină din nervii presinaptici. Cu toate acestea, cu stimularea repetată, cantitatea de acetilcolină din fanta sinaptică creşte, ceea ce duce la o îmbunătăţire a simptomelor pe parcursul zilei. **(c)** Al treilea nerv cranian inervează mulţi dintre muşchii extraoculari şi ridicătorul palpebrei. În plus, fibrele nervului ciliar care se desfăşoară de-a lungul celui de-al treilea nerv cranian funcţionează pentru a strânge pupila. Afectarea celui de-al treilea nerv cranian duce adesea la ptoză, midriază şi clasicul ochi „în jos şi în afară". Cu toate acestea, aceste simptome nu cresc şi scad aşa cum este prezentat în acest scenariu. **(d) Sindromul** Guillain-Barre este o neuropatie periferică ascendentă care se prezintă în mod clasic după un istoric de boală virală. Se asociază cu pierderea reflexelor profunde ale tendonului şi cu slăbiciune distală simetrică mai precoce.

356. Răspunsul este a. *(Rosen, pp 1440-1442.)* Tensiunea arterială a acestei paciente de 215/118 mm Hg trebuie redusă **la 185/110 mm Hg** pentru a o face un bun candidat pentru **terapia trombolitică. Labetalolul** este agentul de alegere în acest caz.

Administrarea fibrinolitică **(b)** la acest nivel de hipertensiune prezintă un risc de sângerare intracraniană. Sa demonstrat că aspirina zilnică **(c)** reduce incidenţa accidentelor vasculare cerebrale. Cu toate acestea, aspirina nu trebuie administrată în decurs de 24 de ore de la utilizarea fibrinolitică, deoarece creşte riscul de sângerare posttrombolitică. Profilaxia anticonvulsivă cu fenitoină **(d)** nu este indicată în accidentele vasculare cerebrale ischemice, deşi un mic procent de pacienţi cu AVC vor convulsi în primele 24 de ore. Hiperventilaţia şi manitolul **(e)** sunt utilizate pentru gestionarea temporară a presiunii intracraniene crescute din cauza edemului cerebral într-un accident vascular cerebral ischemic, care atinge vârful la 72 până la 96 de ore. Manitolul nu are rol în accidentul vascular cerebral acut la un pacient fără semne de presiune intracraniană crescută.

357. Răspunsul este c. *(Rosen, p 2169.)* Pacienţii cu simptome iniţiale asemănătoare gripei **din aceeaşi gospodărie** care au fost expuşi la produse de ardere (adică, de la un generator de acasă) sunt expuşi riscului de **intoxicaţie cu monoxid de carbon (CO).** CO se leagă de hemoglobină cu o afinitate mai mare decât oxigenul şi deplasează curba de disociere oxigen-hemoglobină spre stânga, scăzând astfel eliberarea de oxigen. Din punct de vedere clinic, pacienţii cu toxicitate uşoară a CO prezintă simptome asemănătoare gripei, greaţă şi vărsături, care evoluează spre durere în piept, dispnee, confuzie, convulsii, aritmii şi comă. Nivelul de CO poate fi obţinut printr-un **nivel de carboxihemoglobină** din sânge. Intoxicaţia cu CO este tratată cu *oxigen* şi, dacă este severă, cu oxigenoterapie **hiperbară** .

Un indiciu important pentru diagnostic este dezvoltarea unor simptome

similare la pacient şi la soţul ei în acelaşi timp. Deşi este important să luaţi în considerare comandarea unui număr de leucocite **(a),** a unei tomografii a capului **(b)** şi a unui LP **(d)** pentru evaluarea simptomelor, gândiţi-vă la otrăvirea cu CO atunci când există mai mulţi pacienţi cu aceleaşi simptome în contextul expunerii la produse combustibile. Nu este adecvat să nu faceţi nimic **(e)** deoarece pacientul are în mod clar nevoie de asistenţă medicală.

358. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp 1436-1437.)* Artera cerebrală medie este cel mai frecvent loc al trombozei arterei cerebrale intracraniene. Rezultatele clinice pot include hemiplegie contralaterală, hemianestezie şi hemianopsie homony mous. Deficitul extremităţii superioare este de obicei mai sever decât deficitul extremităţii inferioare. Afazia apare dacă este implicată emisfera dominantă. Preferinţa privirii este în direcţia leziunii.

Alegerea **(b)** este incorectă, deoarece constatările sunt ipsilaterale faţă de zona leziunii. Alegerea **(c)** descrie deficite în distribuţia arterei cerebrale anterioare (ACA) cu deficite mai mari la nivelul extremităţilor inferioare şi mentalitate alterată din cauza implicării lobului frontal. Deficitele încrucişate, cum ar fi reperele motorului contralateral şi nervilor cranieni ipsilaterali **(d)** apar în accidentele vasculare cerebrale, care sunt furnizate de circulaţia posterioară. Pierderea pură motorie **(e)** sau senzorială are loc în infarctele lacunare, care implică artere mici penetrante.

359. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp. 1437-1438.)* Nu vă confundaţi cu multiplele semne şi simptome din acest caz! Acestea implică trei zone distincte ale creierului; trunchiul cerebral (cădere facială, disfagie, vertij şi nistagmus vertical), cerebel (ataxie, vertij şi nistagmus vertical) şi cortexul vizual (diplopie). Toate aceste zone anatomice sunt furnizate de circulaţia posterioară, în special de **artera vertebrobazilară.** Un mnemonic pentru a vă ajuta să vă amintiţi prezentarea unui accident vascular cerebral vertebrobazilar sunt „trei D": **ameţeli (vertij), disfagie şi diplopie.** Există deficite ale nervilor cerebelosi şi cranieni observate pe ambele părţi ale corpului.

(a) Infarctele lacunare sunt mici infarcte care sunt de obicei cauzate de o vasculopatie hipertensivă, dar pot apărea la diabetici şi pot afecta atât vasele cerebrale anterioare, cât şi posterioare. Accidentul cerebral lacunar implică pătrunderea vaselor arteriale cerebrale aflate adânc în substanţa cenuşie (capsula internă) sau trunchiul cerebral. BPV **(b)** este un vertij poziţional tranzitoriu asociat cu nystag mus. Deficitele neurologice sunt absente în BPV. Reţineţi că în BPV poate apărea nistagmus orizontal, vertical sau rotativ; cu toate acestea, nistagmusul vertical este *întotdeauna* îngrijorător, deoarece poate indica o leziune a trunchiului cerebral sau a cerebelului. Labirintita **(c)** , o infecţie a labirintului,

se prezintă cu pierdere a auzului şi atacuri de vertij poziţional scurte şi bruşte şi nu implică alte deficite neurologice. Artera cerebrală posterioară **(d)** asigură alimentarea cu sânge la cortexul occipital şi la mezencefalul superior. Rezultatele clinice includ hemianopsia omonimă contralaterală, hemipareza, pierderea hemisenzorială, pierderea memoriei şi paralizia ipsilaterală a nervului cranian III, care economiseşte pupila.

360. **Răspunsul este a.** *(Tintinalli et al, p 1405.)* Ar trebui să suspectaţi **BPV** la acest pacient. BPV este un vertij poziţional tranzitoriu asociat cu nistagmus. Problema apare secundar creării şi mişcării canalelor (densităţi în mişcare liberă) în canalele semicirculare ale urechii interne care sunt asociate cu o anumită mişcare a capului. Manevra Dix **-Hallpike** este un test de diagnostic conceput pentru a reproduce simptomele vertiginoase tranzitorii şi nistagmusul BPV. Manevra presupune ca pacientul să treacă de la poziţia şezută în decubit dorsal, cu ochii deschişi şi capul rotit spre partea afectată. Testul este pozitiv dacă manevra reproduce vertij şi pacientul prezintă nistagmus rotativ latent. O manevră negativă Dix-Hallpike nu exclude condiţia.

Testarea de stimulare calorică **(b)** este efectuată pentru evaluarea nervului acustic prin introducerea de apă rece sau caldă sau aer într-un canal urechii şi observarea nistagmusului tranzitoriu. Nu este necesar pentru diagnosticul BPV. Semnele vitale ortostatice **(c)** trebuie obţinute dacă suspectaţi hipotensiune arterială ortostatică. Pacientul in acest caz este simptomatic atunci cand se culca, nu cand sta in picioare sau in picioare, ceea ce nu este in concordanta cu acest diagnostic. Scanarea CT a capului **(d)** trebuie comandată dacă suspectaţi cauze centrale, mai degrabă decât periferice, de vertij. ECG **(e)** este necesar dacă bănuiţi o cauză cardiacă a ameţelii.

361. **Răspunsul este b.** *(Rosen, p. 1667.)* Această femeie prezintă **anemie feriprivă** secundară **menoragiei.** O istorie de menstruaţie abundentă cronică şi conjunctivă palidă la examinare ar trebui să vă facă să vă suspectaţi această tulburare comună. Aproximativ 20% dintre femei şi 3% dintre bărbaţi au deficit de fier. **Hemoleucograma completă** asigură nivelurile de **hemoglobină şi hematocrit** pentru a diagnostica anemie. De obicei, volumul corpuscular mediu (MCV) este scăzut în anemie cu deficit de fier. În plus, pacientul prezintă de obicei un nivel scăzut de fier seric, feritină serică scăzută şi o capacitate totală mare de legare a fierului.

Anomaliile electrolitice sau ale funcţiei renale **(a)** sunt puţin probabile la o femeie tânără sănătoasă. Cu excepţia tahicardiei, ECG **(c)** va fi normal, cu excepţia cazului în care pacientul are o boală cardiacă subiacentă, care poate duce la ischemie în cadrul anemiei. Radiografia toracică **(d)** nu este utilă ca test de

diagnostic iniţial. Este adecvat să-l obţineţi dacă suspectaţi un infiltrat pulmonar, o masă, insuficienţă cardiacă congestivă sau altă boală cardiopulmonară. CT toracic cu substanţă de contrast **(e)** ar ajuta la diagnosticarea unei embolii pulmonare care poate prezenta slăbiciune, dispnee la efort şi tahicardie. În acest caz, totuşi, pacientul nu are factori de risc şi are un diagnostic alternativ mai bun bazat pe anamneză şi rezultatele examenului fizic.

362. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli şi colab., p. 176.)* Această prezentare comună a **hipercalcemiei** este gestionată iniţial prin **hidratare IV agresivă cu soluţie salină izotonică** pentru a restabili starea de volum. Hipercalcemia afectează capacitatea de concentrare renală, iar pacienţii prezintă de obicei **poliurie, polidipsie** şi **deshidratare** şi pot dezvolta **pietre la rinichi.** Nivelurile crescute de calciu cauzează, de asemenea, slăbiciune generalizată, dureri osoase, simptome neurologice (ataxie, stare mentală alterată), disfuncţie gastro-intestinală (durere abdominală, greaţă, vărsături , anorexie) şi anomalii ECG (interval QT scurtat). Un mnemonic la îndemână pentru simptomele hipercalcemiei este „oasele, pietrele, gemetele şi nuantele psihiatrice".

Calcitonina **(a)** scade nivelul de calciu prin reducerea activităţii osteoclastelor osoase şi a absorbţiei intestinale a calciului. Nu produce un efect imediat şi, în general, nu este început în ED. Diureticele de ansă, cum ar fi furosemidul **(c)** cresc eliminarea renală a calciului, dar agravează depleţia de volum. Pacienţii trebuie mai întâi hidrataţi. Obţinerea unei radiografii toracice **(d)** este o idee bună în timp ce pacientul primeşte hidratare IV. Acest pacient are un istoric semnificativ de fumat şi pierdere recentă în greutate, ceea ce ar trebui să vă ridice suspiciunea că un proces pulmonar neoplazic provoacă hipercalcemie. Malignitatea este o cauză importantă a hipercalcemiei; altele includ anomalii endocrine (hiperparatiroidism, hipertiroidism, feocromocitom, insuficienţă suprarenală), boli granulomatoase (sarcoidoză, tuberculoză), medicamente (tiazide, litiu) şi imobilizare. ECG-ul brevetului **(e)** poate arăta un interval QT scurt. Nivelurile foarte ridicate de calciu pot provoca blocarea inimii.

363. **Răspunsul este c.** *(Tintinalli şi colab., p. 1463.)* Descoperirile unilaterale de ptoză şi mioză, precum şi anhidroză sunt observate în **sindromul Horner** care rezultă din **întreruperea alimentării nervoase simpatice a ochiului.**

Paralizia nervului oculomotor are ca rezultat un ochi „în jos şi în afară" din cauza disfuncţiei muşchilor extraoculari inervaţi de nervul oculomotor. În plus, pupila pare midriatică ca urmare a pierderii funcţiei nervilor parasimpatici ciliari. Ptoza este frecventă pentru că semnul oculo-motor (paloma) levator **(paloma) levator oculo-motor este obişnuit.** se referă la durerea de picior cu flexia dorsală a piciorului observată uneori la pacienţii cu tromboză venoasă profundă.

Acest semn are **o** sensibilitate **şi** specificitate slabă **(e)** este desprinderea stratului epidermic exterior cu frecarea pielii observată în boli dermatologice, cum ar fi pemfigusul vulgar şi sindromul pielii opărite.

364. **Răspunsul este a.** *(Tintinalli et al, pp 1387,1463.)* Acest pacient are o **disecţie a arterei carotide interne (ICA)** secundară manipulării chiropractice a gâtului. Disecţia ICA poate apărea spontan sau în traumatisme minore ale gâtului şi trebuie luată în considerare la un **pacient tânăr cu AVC acut.** Disecţia ICA trebuie, de asemenea, suspectată la pacienţii cu **dureri de gât şi sindrom Horner** din cauza perturbării fibrelor oculosimpatice ipsilaterale. În acest scenariu, se prezintă cu sindrom Horner ipsilateral şi deficite motorii ischemice contralaterale. Alte cauze ale sindromului Horner acut includ **tumori** (de exemplu, tumora Pancoast), accident vascular cerebral, infecţie cu herpes zoster şi traume.

Sindromul sinusului cavernos **(b)** se prezintă cu cefalee, repere oculare ipsilaterale şi pierderea senzorială în distribuţia nervului cranian V - ramura oftalmică. Descoperirile oculare includ proptoza, chemoza, sindromul Horner şi oftalmoplegia cauzate de implicarea nervului cranian III, IV şi VI. Nu provoacă scăderea forţei la nivelul extremităţilor. MS **(c)** este o boală inflamatorie demielinizantă a SNC care are ca rezultat diverse anomalii neurologice, cum ar fi nevrita optică, mielita transversală şi parestezii. Mielita transversală **(d)** este o inflamaţie postvirală sau toxică a măduvei spinării care are ca rezultat pierderea senzorială şi pareză. O fractură izolată a apei spinoase **(e)** apare de obicei în cadrul unui traumatism şi este considerată o fractură vertebrală stabilă. Nu are ca rezultat slăbiciune motoră.

365. **Răspunsul este c.** *(McIntyre, 2006.)* Acest pacient prezintă **insuficienţă vertebrobazilară** (vertij) şi **claudicaţie** (durere atipică de braţ la efort), simptome compatibile cu **sindromul de furt subclaviar.** Acest fenomen apare la pacienţii cu ocluzie a arterei subclaviei sau stenoză proximală de ramura arterei vertebrale, ceea ce determină un flux sanguin retrograd în artera vertebrală la exerciţiul braţului ipsilateral. Arterele colaterale care decurg din artera subclavie distal de obstrucţie livrează sânge la braţ. În timpul exerciţiului pentru braţe, aceste vase se dilată şi sifonează sângele din cap, gât şi umăr pentru a creşte perfuzia muşchilor ischemici ale braţului. Acest lucru are ca rezultat inversarea temporară a fluxului de sânge în artera vertebrală, ducând la insuficienţă vertebrobazilară şi simptome de vertij, ameţeli, syncope , disartrie şi diplopie. Durerea de braţ este rezultatul ischemiei musculare.

Sindromul venei cave superioare **(a)** este cauzat de o obstrucţie a venei cave superioare cauzată de obicei de comprimarea unei tumori. Cele mai frecvente

plângeri includ edem şi distensia venoasă a feţei şi a extremităţilor superioare. Pletora facială şi telangiectazii sunt de asemenea observate frecvent. Disecţia aortică **(b)** poate determina o diferenţă de TA la nivelul extremităţilor. În general, pacienţii se plâng de dureri în piept lacrimogen care iradiază în spate. Dacă suspiciunea de disecţie aortică este mare, trebuie efectuată o tomografie computerizată cu contrast sau ecocardiografie pentru a exclude diagnosticul. Angina pectorală **(d)** se referă la ischemia miocardică cauzată de un flux sanguin coronarian insuficient pentru a satisface necesarul de oxigen al miocardului. De obicei, se prezintă cu simptome de disconfort toracic ameliorat cu odihnă sau nitroglicerină. Pacienţii s-ar putea plânge de dureri de braţ sau de iradiere a durerii la braţe, dar prezentarea nu implică deficite neurologice. Neuronita vestibulară **(e)** se referă la o disfuncţie acută autolimitată a sistemului vestibular periferic care provoacă vertij.

366. **Răspunsul este c.** *(Tintinalli şi colab., p. 1418.)* Acest pacient prezintă **slăbiciune musculară proximală simetrică** şi **erupţie heliotropă caracteristică** dermatomiozită **.** Este o miopatie inflamatorie idiopatică cu dermatită asociată. Caracteristica bolii este slăbiciune progresivă simetrică a muşchilor proximali cu posibilă disfagie, erupţie heliotropă simetrică în regiunea periorbitală sau gât, creatinina kinazei crescute şi electromiograma anormală şi biopsie musculară. Există, de asemenea, un risc asociat de malignitate.

Miastenia gravis **(a)** este o tulburare autoimună a joncţiunii neuromusculare în care anticorpii receptorilor antiacetilcolină concurează cu acetilcolina la receptorii nicotinici postsinaptici. Boala determină o reducere progresivă caracteristică a forţei musculare cu utilizarea repetată a muşchilor. Muşchii bulbari sunt cel mai frecvent implicaţi, iar pacienţii raportează agravarea simptomelor noaptea şi îmbunătăţirea cu odihnă sau dimineaţa. MS **(b)** este o boală inflamatorie demielinizantă a SNC care are ca rezultat diferite anomalii neurologice, cum ar fi nevrita optică, mielita transversală şi parestezii. Rabdomioliza **(d)** se referă la degradarea fibrelor musculare din cauza unei varietăţi de etiologii, cum ar fi traume, arsuri, ischemie, convulsii, activităţi musculare excesive, sepsis şi miopatii. Complicaţiile sale includ hiperkaliemie, acidoză metabolică şi insuficienţă renală acută. Infecţia gonococică diseminată **(e)** este o boală sistemică secundară prezenţei *Neisseria gonorrhoeae* în fluxul sanguin. În faza bacteriemică incipientă, pacienţii prezintă febră, poliartrită migratoare şi erupţie cutanată; aceasta evoluează de la macule eritematoase diseminate în leziuni pustuloase hemoragice. Complicaţiile grave pot include meningita, osteomielita şi endocardita.

367. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli şi colab., p. 970.)* Acest pacient are **boala Lyme,**

cea mai frecventă infecţie zoonotică transmisă de vectori din Statele Unite. Spirocheta, *Borrelia burgdorferi,* este transmisă la om prin **căpuşa de căprioară Ixodes** şi, deşi riscul de infecţie după o muşcătură este de aproximativ 3% în zonele extrem de endemice (Nord-Est şi Midwest); creşte la 25% dacă căpuşa este ataşată mai mult de 72 de ore. Acest pacient se prezintă în a doua etapă a bolii Lyme. Prima etapă implică dezvoltarea **eritemului migran,** o leziune eritematoasă inelară care se răspândeşte, cu curăţare centrală care apare în mod obişnuit la locul muşcăturii căpuşei la 2 până la 20 de zile după muşcătură. A doua etapă apare de obicei în decurs de 6 luni de la infecţia iniţială şi este caracterizată prin febră, oboseală, artralgii, neuropatii (de exemplu, paralizia Bell), anomalii cardiace (de exemplu, miocardită care se prezintă cu întârziere a conducerii) şi leziuni inelare multiple. Stadiul terţiar al bolii Lyme apare la un an după infecţie şi constă în artrită cronică, encefalopatie subacută şi polineuropatie.

Stadiile primare şi secundare ale bolii sunt tratate cu doxiciclină. Stadiul terţiar este tratat cu ceftriaxonă IV sau penicilină.

Unele surse se referă la orice paralizie a nervului facial ca fiind paralizia Bell **(a)** , în timp ce majoritatea consideră paralizia Bell o paralizie idiopatică a nervului facial. O modalitate uşoară de a-l privi este că paralizia nervului facial poate avea o cauză identificabilă sau poate fi idiopatică, caz în care este denumită paralizie Bell. În ambele cazuri, excludeţi boala Lyme la pacienţii cu paralizie a nervului facial, trimiţând nivelurile titrului Lyme. Sindromul Ramsay Hunt **(c)** este o paralizie a nervului facial secundar virusului varicelei zoster (VZV). VZV provoacă varicela şi poate rămâne latenţi în ganglionii nervoşi ani de zile. În plus faţă de paralizia nervului cranian VII, sindromul se caracterizează prin dureri severe ale urechii, vertij, pierderea auzului şi zona zoster clasică în ureche. O tumoare cerebrală **(d)** poate provoca compresie centrală a nervului facial şi poate prezenta paralizie facială parţială cu cruţare a frunţii. Fruntea este inervată bilateral, iar ramura contralaterală intactă asigură funcţia motorie. RMSF **(e) este o infecţie** *cu Rickettsia rickettsii* transmisă de căpuşe . Boala implică simptome constituţionale de febră mare, mialgii, cefalee severă şi o erupţie maculară eritematoasă caracteristică care se extinde de la extremităţile distale la trunchi.

368. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp 1714-1723.)* Acest pacient este tahipneic, probabil ca urmare a unei anxietăţi subiacente, care a dus la parestezii, spasm carpian şi tetanie. Aceasta apare ca urmare a unui mediu alcalemic care scade nivelul de calciu ionizat. Tratamentul este liniştitor, o mască de reinhalare care permite reţinerea dioxidului de carbon şi, eventual, sedarea. Profilul metabolic al pacientului este în concordanţă cu o alcaloză respiratorie (pH crescut, dioxid de carbon scăzut). Gazele din sânge indică o alcaloză pură, de aceea nu se observă o acidoză **(a şi c)** . Nivelul de bicarbonat este normal şi, prin urmare, nu

este cauzat de o tulburare metabolică **(b)** . Pacienţii cu hipertiroidism **(e)** pot fi tahicardici, hipertermici cu o TA crescută. La examenul fizic, aceşti pacienţi pot părea, de asemenea, subponderali, au ochii bombați (exoftalmie) și se plâng de palpitaţii , diaree, tremor şi anxietate generalizată. Hipertiroidismul nu este o cauză directă a tetaniei.

Pediatrie

Întrebări

369. O fetiță de 6 luni este adusă la urgență din cauza plânsului persistent în ultimele 6 ore. Tatăl ei adolescent vă informează că a fost de neconsolat de când s-a trezit din somn. Nu sunt raportate boli recente, traume, febră sau alte plângeri. La examinarea fizică pacientul este alert, treaz și plânge. Observați umflarea, deformarea și sensibilitatea femurului stâng. Când a fost întrebat despre această constatare, îngrijitorul răspunde: „Piciorul i s-a blocat între șinele pătuțului ei". Radiografiile arată o fractură spirală minim deplasată a femurului stâng. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai bun în management?

a. Evaluare genetică pentru osteogeneza imperfectă și alte anomalii osoase
b. Consultație ortopedică pentru reducere închisă
c. Electroliți serici, inclusiv calciu și fosfat
d. Efectuați un sondaj scheletic și contactați Serviciile de Protecție a Copilului
e. Plasarea atelei posterioare și externare la domiciliu cu urmărire ortopedică

370. Băiatul de 4 ani este adus la urgenţă de o mamă îngrijorată după ce a observat leziuni sub nas şi în jurul gurii, aşa cum se vede în imaginea de mai jos. În rest, pacientul este bine, fără nicio modificare a comportamentului, febră sau vărsături. La examenul fizic, observaţi un mascul bine hrănit, bine dezvoltat, fără suferinţă acută, cu multiple leziuni mici, rotunde, de culoarea mierii, cu centri uşor eritematoşi. Care este organismul predominant implicat?

(Reprodus, cu permisiune, din Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI et al. Fitzpatrick's Dermatol ogy in General Medicine . *Ed. a 7-a. New York, NY: McGraw-Hill; 2008: Figura 177-1.)*

a. Streptococ de grupa B
b. *Staphylococcus aureus*
c. *Streptococcus pyogenes*
d. *Streptococcus pneumoniae*
e. *Salmonella* spp.

371. Un băiat afro-american în vârstă de 3 ani, cu antecedente de boală secerată, se prezintă la urgenţă după ce a făcut o febră scăzută, curge nazală şi o decolorare eritematoasă a ambilor obraji. Semnele sale vitale sunt frecvenţa cardiacă (HR) 110 bătăi pe minut, frecvenţa respiratorie (RR) de 24 respiraţii pe minut şi pulsoximetria de 98% pe aerul camerei. Pacientul arată bine şi nu este într-o suferinţă acută. Observaţi o leziune maculară în ambii obraji. Erupţia nu

este pruriginoasă şi nu există celulită sau supuraţie asociată. Care este cea mai gravă complicaţie de luat în considerare la acest pacient?
a. Osteomielita
b. Encefalita virală
c. Pneumonie
d. Anemia aplastică
e. Meningita

372. Un băieţel de 9 luni este adus la urgenţă cu un istoric de 2 zile de febră, vărsături şi agitaţie. Pacientul a avut mai multe episoade de vomă care urmează perioade intense de agitaţie după care pacientul pare să se relaxeze şi să se culce. Nu a avut febră sau diaree. Între aceste episoade, are o energie puţin scăzută, dar în rest pare bine. Aportul oral este scăzut şi cantitatea de urină a scăzut din ziua prezentării . Care dintre următoarele afirmaţii este adevărată cu privire la această condiţie?
a. Majoritatea prezintă vărsături, dureri abdominale colici şi scaune cu gelatină de coacăze.
b. Clisma cu aer este intervenţia terapeutică de elecţie.
c. Filmele simple ale abdomenului pot confirma de obicei diagnosticul.
d. Intervenţia chirurgicală este adesea indicată.
e. Cele mai multe dintre acestea au un „punct principal" ca cauză patologică de bază.

373. O fetiţă de 7 ani cu boală secerantă şi antecedente de internare pentru crize dureroase acute prezintă un istoric de 1 zi de febră şi tuse. Ea este tahipneică la prezentare cu o temperatură de 102 ° F. Auscultarea toracelui evidenţiază rale pe dreapta. O radiografie toracică confirmă diagnosticul de pneumonie. După tratamentul iniţial cu antibiotice şi lichide intravenoase (IV), pacienţii cu această afecţiune sunt cei mai expuşi riscului de a dezvolta ce complicaţie?
a. Sindromul toracic acut
b. Sepsis ca urmare a imunodeficienţei relative a pacienţilor cu siclemie
c. Empyema
d. Accident vascular cerebral
e. Insuficienţă cardiacă congestivă din cauza anemiei cuplate cu infecţie

374. Un băieţel de 2 ani este adus la urgenţă de către părinţii săi afirmând că şchiopătează. Mama afirmă că ieri a fost bine, dar azi s-a trezit şi nu a suportat greutatea. Ieri a avut o zi normală activă, fără căderi notabile. La examinare, pacientul este într-o suferinţă uşoară. Semnele sale vitale sunt o temperatură de 101 ° F, HR 120 bătăi pe minut, RR 24 respiraţii pe minut, tensiunea arterială (TA) 90/55 mm Hg. Are congestie nazală uşoară. El este capabil să-şi mişte extremitatea inferioară stângă doar o cantitate mică şi are disconfort cu amplitudinea de mişcare a şoldului stâng. El nu poate suporta greutatea. Nu există umflături, erupţii cutanate, căldură sau eritem. Globulele albe (WBC),

proteina C reactivă (CRP) şi viteza de sedimentare a eritrocitelor (VSH) sunt toate normale. Radiografia şoldurilor bilateral şi a femurului şi genunchiului stâng sunt toate negative. După doze mari de ibuprofen în ED, pacientul este capabil să suporte greutatea. Care este cel mai adecvat management al acestui pacient?

a. Admiteţi pentru antibiotice IV.
b. Consultaţi ortopedie după ecografie pentru aspiraţia şoldului în sala de operaţie (SAU).
c. Scanare osoasa pentru a evalua osteomielita.
d. Medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (AINS) şi asigurare pentru părinţi cu urmărire în 24 de ore.
e. Atela picior pentru tratamentul fracturii oculte prin placa de creştere decât nu poate fi vizualizată la radiografiile iniţiale.

375. O fetiță de 21 de luni, anterior bine, se prezintă cu 7 zile de febră și erupții cutanate. Ea a fost văzută anterior în timpul acestui episod de medicul ei primar și a fost diagnosticată cu o „boală virală". La interogarea ulterioară, mama indică faptul că pacienta a avut ochii roșii, dar nicio scurgere. Nu a avut vărsături, diaree, tuse, congestie sau plângeri de durere. Totuși, ea a părut foarte iritabilă și agitată în ultimele zile și nu pare să se simtă confortabilă. La examinare, pacientul este foarte iritabil și intermitent consolabil. Semnele vitale dezvăluie temperatura 101 ° F rectal, HR 170 bătăi pe minut, RR 22 respirații pe minut, TA 100/60 mm Hg. Conjunctivele ei sunt ușor injectate, fără scurgeri purulente . Orofaringele este limpede, deși are buzele uscate și crăpate. Există doi ganglioni cervicali anteriori care măsoară 2,5 cm fiecare. Inima este tahică cardică fără murmur. Plămânii sunt limpezi, iar abdomenul este moale și lipsit de sensibilitate, fără hepatosplenomegalie. Pielea prezintă o erupție maculară difuză, albită, eritematoasă. Extremitățile nu au umflături sau densitate . Evaluarea de laborator evidențiază leucocite 13.500/ p L, Hgb 9,5 mg/dL, trombocite 870/pL, CRP 89, ESR 85, electroliții sunt normali, testele funcției hepatice indică aspartat aminotransferaza (AST) 110 U/L, alanina aminotransferază U/LLT 888. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în managementul acestui pacient?

a. Consultați cardiologie pentru ecocardiograma statim (STAT).
b. Teste de laborator suplimentare, inclusiv titruri virale Epstein-Barr, test streptococi, anticorpi antinucleari, biopsie de măduvă osoasă
c. Asigurarea părinților că diagnosticul inițial a fost probabil corect
d. Se administrează antibiotice IV și se efectuează puncția lombară
e. Se admite pentru administrare de imunoglobuline intravenoase (IVIG) si aspirina

376. Un bebeluş de 6 zile este adus la urgenţă de mama lui, care îl descrie pe nou-născut ca respiră rapid, se hrăneşte prost şi pare albastru. Nu are antecedente de febră sau vărsături. Pacienta s-a născut la termen acasă la o mamă G4P3 cu un curs prenatal necomplicat. Mama a făcut teste de laborator prenatale, dar nu cunoaşte rezultatele. La examinare, pacientul este letargic cu cianoză centrală şi periferică. Temperatura rectală este de 95,4 ° F, HR 180 bătăi pe minut, RR 70 respiraţii pe minut şi BP de neobţinut la extremităţi cu un contor automat de presiune. Saturaţia de oxigen în aerul camerei este de 65%, ceea ce nu se îmbunătăţeşte cu administrarea de oxigen 100% prin mască de faţă. Auscultarea evidenţiază un suflu sistolic aspru 3/6 cu un precordiu activ. Plămânii dezvăluie rafale difuze, bilaterale şi şuierătoare. Marginea ficatului este palpată la 3 până la 4 cm sub marginea costală dreaptă. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai important în managementul acestui pacient?

a. Intubare pentru administrare de oxigen 100%.
b. Radiografie toracică portabilă şi electrocardiogramă (ECG) STAT
c. Administrarea de antibiotice IV şi evaluarea completă a sepsisului
d. Administrarea de bolus de prostaglandine urmată de picurare continuă
e. Intervenţie chirurgicală imediată şi activarea echipei de oxigenare cu membrană extracorporală (ECMO).

377. Un băiat de 27 de zile se prezintă la urgenţă cu o plângere de vărsături nebilioase de 2 zile. Copilul nu a avut febră şi nici diaree. Copilul a fost întotdeauna un „scuipător", potrivit mamei, dar acest lucru pare mai excesiv şi mai „vigor". Pacientul nu a avut scutece umede în ultimele 12 ore şi este agitat în camera de examinare. Nu există alte plângeri. Mama tocmai a terminat de hrănit cu lapte praf pentru copil în timp ce intri în cameră şi vezi că copilul are un episod de vărsături cu proiectile. Examinarea arată o temperatură de 99,8 ° F, HR 180 bătăi pe minut, RR 50 respiraţii pe minut şi puls-oximetrie de 95% pe aerul camerei. Restul examenului este nefocal şi benign, cu excepţia umplerii capilare uşor prelungite. Comandaţi studiile radiografice corespunzătoare şi consultaţi serviciile corespunzătoare. Dacă ar fi să verificaţi un set de electroliţi la acest pacient, rezultatul cel mai probabil ar fi?

a. Na 137, K 3,7, CI 112, HCO322 , glucoză 110
b. Na 137, K 3,1, CI 89, HCO339 , glucoză 55
c. Na 145, K 6,2, CI 122, HCO335 , glucoză 55
d. Na 145, K 3,1, CI 89, HCO316 , glucoză 80
e. Na 122, K 6,2, CI 122, HCO335 , glucoză 55

378. O fetiţă de 2 săptămâni este adusă la urgenţă cu plângere de scurgere oculară . Pacienta s-a născut la termen dintr-o mamă care a primit îngrijire prenatală redusă, dar afirmă că a fost tratată pentru o infecţie vaginală în timpul

sarcinii. Copilul s-a hrănit bine și a luat în greutate. Nu a avut febră. Mama notează că pacientul a avut o tuse ușoară, uscată. Nu a avut vărsături sau iritabilitate. Examinarea ei este nefocală și benignă, cu excepția roșeață bilaterală a conjunctivei, palpebrală mai mult decât bulbară și scurgeri purulente bilaterale. Are o vizită la birou de 2 săptămâni programată pentru 2 zile de acum înainte. Care dintre următoarele este cea mai potrivită cale de acțiune?

a. Inițiați un examen complet de sepsis și administrați ceftriaxonă.
b. Obțineți o cultură de sânge și urină și ochi și tratați sistemic pentru infecția cu gonoree.
c. Efectuați o răzuire conjunctivală pentru anticorp fluorescent direct, cultură și începeți eritromicină locală.
d. Efectuați o răzuire conjunctivală pentru anticorp fluorescent direct, cultură și începeți tratamentul sistemic cu eritromicină.
e. Asigurați-vă că este probabil să fie un canal lacrimal înfundat, care este o afecțiune comună și autolimitată la un copil atât de bine aspectat și planificați o urmărire atentă.

379. O fetiţă de 15 luni este adusă la urgenţă de către EMS ca urmare a activităţii convulsive observate la domiciliu. Pacientul este un copil anterior bine. Imunizările ei sunt la zi. Se raportează că pacientul a avut febră în ultimele 2 până la 3 zile. Nu a avut tuse, congestie, vărsături, diarree sau erupţii cutanate. Producţia ei de urină este adecvată. După defervescenţă, ea pare să acţioneze corespunzător şi să se hrănească bine. În această după-amiază, pacienta era observată în camera de joacă când ochii i s-au dat înapoi şi a început să aibă activitate tonico-clonică generalizată care a durat aproximativ 2 minute. Când a sosit EMS, pacienta se afla în braţele mamei ei, obosită, dar trezită şi nu se afla într-o aparentă suferinţă. La examinare, temperatura este de 103 ° F, HR 155 bătăi pe minut, RR 32 respiraţii pe minut şi TA 85/50 mm Hg. Are timpanele roşii, fără lichid şi cu mobilitate bună, orofaringele clar, examenele plămânilor şi inimii sunt normale, iar abdomenul este moale şi nedolerant. Examinarea pielii este clară cu reumplere capilară rapidă. Pe parcursul evaluării dumneavoastră, pacientul devine din ce în ce mai interactiv, mai arătos şi mai jucăuş. Care dintre următoarele este cea mai potrivită cale de acţiune pentru acest pacient?

a. Obţineţi hemoleucograma completă (CBC), hemocultură, analize de urină, urocultură, radiografie toracică şi determinaţi tratamentul pe baza rezultatelor acestor teste.
b. Obţineţi sânge şi urină pentru cultură, administraţi ceftriaxonă şi evacuaţi acasă.
c. Obţineţi o probă de urină cateterizată pentru analiză şi trataţi ca pacient în ambulatoriu dacă analiza de urină este suspectă de infecţie.
d. Obţineţi analize de sânge de rutină şi tomografie computerizată a capului (CT) şi apelaţi la consultaţie neurologică pentru prima criză.
e. Obţineţi o tomografie computerizată a capului şi efectuaţi o puncţie lombară secundară febrei şi convulsiilor pentru a exclude meningita.

380. Un băiat afro-american de 13 ani este adus la urgenţă de mama sa pentru o plângere de durere la genunchiul drept în decurs de 1 până la 2 săptămâni. Singura traumă notabilă pe care pacientul şi-o aminteşte a fost săritul pe un tramvai în urmă cu 1 până la 2 săptămâni cu prietenii, care a dus la durere la extremitatea inferioară dreaptă. În dimineaţa prezentării, pacientul s-a plâns de durere crescută la deambulare şi s-a observat că şchiopăta. Neagă febra. Nu au fost observate alte traume şi nicio boală recentă de către familie. La examinare , pacientul este afebril cu semne vitale normale. El nu a avut probleme medicale anterioare şi se observă că este supraponderal, dar, în rest, este sănătos. Examenul extremităţilor inferioare nu evidenţiază umflături sau eritem peste nicio articulaţie. Genunchiul său nu are sensibilitate focală sau durere cu amplitudinea mişcării, dar şoldul este remarcat a fi dureros cu rotaţia internă şi externă. Are un examen neurosenzorial normal al extremităţii distale. Se face o radiografie. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. boala Legg-Calve-Perthes
b. Epifiza capital-femurală alunecată
c. Artrita septica
d. boala Osgood Schlatter
e. Sinovita tranzitorie a soldului

381. O fetiţă de 4 ani este adusă la urgenţă de mama ei cu un istoric de 2 zile de dureri abdominale şi dureri de picioare. Durerea de picior s-a agravat astăzi până acolo unde pacientul nu a vrut să meargă. A fost dusă la urgenţă de către părinţii ei. Pacientul descrie două episoade de vomă nesângeroasă, nebilioasă. Ea neagă febra, plângerile respiratorii, diareea şi traumatismele. Nu există - antecedente medicale semnificative, nicio călătorie recentă şi nici un istoric familial de boală inflamatorie intestinală. La examinare, pacientul are o temperatură de 99,9 ° F, HR 122 bătăi pe minut, RR 24 respiraţii pe minut, TA 95/60 mm Hg. Este alertă şi interactivă, fără suferinţe semnificative. HEENT (cap, ochi, urechi, nas, gât) este normal. Plămânii sunt limpezi la auscultare. Inima este regulată, fără murmur. Abdomenul este moale, dar sensibil sensibil, fără recul sau protecţie . Extremităţile dezvăluie umflarea bilaterală şi sensibilitatea genunchilor. Examenul pielii evidenţiază leziuni purpurie şi roşii nealbitoare (macule şi pete) pe suprafaţa îndoită a extremităţilor inferioare şi pe fese. Aceste leziuni nu sunt sensibile. Îi sfătuiţi pe părinţi că sistemul de organe cel mai probabil să se confrunte cu orice problemă prelungită este care dintre următoarele?

a. Renal
b. Tegumentul
c. Gastrointestinal (GI)
d. Musculo-scheletice

e. Neurologic

382. Un băieţel de 4 ani este adus la urgenţă de mama lui cu o plângere de durere de ureche încă de aseară. De asemenea, pacientul se plânge de congestie uşoară şi tuse. Are un aport oral, activitate şi urină normale. La examinare, pacientul este alert, interactiv şi jucăuş. Temperatura lui este de 100,6 ° F, HR 128 bătăi pe minut, RR 26 respiraţii pe minut, iar puls-oximetria este de 98% pe aerul camerei. Membrana lui timpanică dreaptă are eritem uşor cu mai multe bule de lichid limpede observate în partea inferioară. Membrana lui timpanică stângă este eritematoasă şi bombată cu lichid opac, purulent observat. Nu există rigiditate a gâtului, sensibilitate la mastoidă sau dificultăţi de respiraţie. Pacientul are un medic primar pe care îl vizitează în mod regulat. Care dintre următoarele este cel mai bun tratament pentru acest pacient?

a. Numai analgezice
b. O cefalosporină de a treia generaţie
c. Amoxicilină 40 până la 50 mg/kg/zi
d. Tratamentul cu analgezice iniţial şi luarea în considerare a administrării orale de amoxicilină în doze mari în 48 până la 72 de ore dacă simptomele nu se rezolvă
e. Nu este nevoie de tratament pentru această boală virală

383. O fetiţă de 3 săptămâni este adusă la urgenţă de părinţii ei după ce au observat sânge în scaunul ei. Pacienta este produsul pe termen întreg al unei sarcini necomplicate şi al naşterii fără probleme medicale până în acest moment. Ea se hrăneşte bine (alăptează în primul rând) şi activează fără febră, probleme respiratorii sau agitaţie. Ea a avut mai multe episoade de vomă neforţată, nebilioasă după hrănirea cu mai multe scutece umede în fiecare zi. În mod normal, ea are mai multe scaune moi şi slabe. În ultima zi, părinţii au observat dâre de sânge în scaunul ei, iar astăzi a avut scaunul grozav de sânge. Pacientul nu pare să fie într-o suferinţă sau disconfort. La examinare, temperatura este de 98,9 ° F, HR 155 bătăi pe minut şi RR 44 respiraţii pe minut. Pacientul este treaz, activ şi nu prezintă nicio suferinţă aparentă. Abdomenul ei este moale şi lipsit de sensibilitate, cu zgomote intestinale normale şi fără mase. Examinarea anusului ei nu dezvăluie o fisură. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Gastroenterita acută
b. Colita cu proteine din lapte
c. Colita *Clostridium difficile*
d. Malrotaţie intestinală
e. Enterocolită necrozantă

384. Un băieţel de 9 zile este adus la urgenţă pentru febră şi agitaţie. S-a născut la termen. Cu toate acestea, naşterea a fost complicată de ruptura prelungită a membranelor (PROM) şi mama a avut febră pentru care a fost tratată cu

antibiotice înainte de naştere. Copilul s-a descurcat bine la creşă şi a fost acasă şi s-a hrănit fără nicio dificultăţi până în ziua prezentării, când a devenit mai agitat, mai puţin interesat de hrănire, iar părinţii au observat o temperatură de 101,5 ° F (măsurată sub braţul pacientului). La prezentare, temperatura lui este de 102,4 ° F, HR 160 bătăi pe minut, RR 48 respiraţii pe minut şi puls-oximetrie de 97% pe aerul camerei. Fontanela anterioară este deschisă şi plată, conjunctivele sunt clare, gâtul este suplu, fără mase, iar examenele inimii, plămânilor şi abdominale sunt normale. Pielea prezintă pustule minuscule (1-3 mm) cu o margine înconjurătoare de ery thema pe trunchiul pacientului. Nu sunt observate leziuni veziculare. Cel mai probabil organism responsabil pentru starea acestui pacient este:

a. *Escherichia coli*
b. *Listeria monocytogenes*
c. Streptococ de grupa B
d. *Staphylococcus aureus*
e. Virusul herpes simplex

385. O fetiţă de 11 ani se prezintă la urgenţă cu un istoric de 3 zile de energie scăzută şi dificultăţi în urcat pe scări. Pacienta s-a plâns anterior de dureri la extremităţile inferioare săptămâna trecută şi a fost consultată de medicul ei primar când a fost diagnosticată cu crampe musculare. Nu are plângeri de sensibilitate focală sau istoric de traumă. La examinare , pacientul este febril cu semne vitale normale. Examenul ei neurologic este semnificativ pentru slăbiciune marcată a extremităţilor inferioare şi absenţa reflexelor profunde ale tendonului. Examenul ei senzorial este normal. Extremităţile superioare dezvăluie forţă şi senzaţie normale pe tot parcursul. Care dintre următoarele ar fi cel mai util pentru a confirma diagnosticul suspectat?

a. Imagistica prin rezonanţă magnetică de urgenţă (RMN) a coloanei vertebrale
b. Biopsie musculară profundă
c. Electroliţii care caută potasiu scăzut
d. Puncţia lombară
e. Provocarea Edrophonium

386. O fetiţă de 5 luni anterior sănătoasă se prezintă la UR cu antecedente de constipaţie de 4 până la 5 zile şi scăderea hrănirii. Pacienta este un produs pe termen întreg al unui curs prenatal necomplicat şi al naşterii. Pacienta a avut, de asemenea, congestie recentă şi tuse care s-a rezolvat cu administrarea de ceai preparat de un prieten de familie. Mama neagă orice febră sau vărsături recente. La examinare, temperatura este de 99,9 ° F, HR 165 bătăi pe minut şi RR 22 respiraţii pe minut. BP nu a fost obţinut. Pacientul are un plâns slab, este în special flasc şi cu aspect prost. Observaţi că pacientul saliva. Pupilele ei răspund prost şi nu urmăreşte lumină sau feţe. Care dintre următoarele este cea mai

probabilă cauză a acestei afecțiuni?

a. Atrofia musculară spinală de tip I
b. Tumora pe creier
c. Botulismul infantil
d. Meningita
e. Intoxicatia cu organofosfati

387. Un băiețel de 6 luni este adus la urgență după ce a fost găsit la domiciliu apneic și cianotic. Mama pacientului a sunat la 911 și a început resuscitarea cardiopulmonară (CPR). Pacientul a răspuns în câteva secunde până la minute . La sosirea la ED, pacientul a fost observat ca fiind treaz și receptiv, dar ușor pestrițat cu detresă respiratorie ușoară. În câteva minute de la sosire, pacientul devine brusc apneic, cianotic și bradicardic. Care dintre următoarele este cel mai important răspuns inițial?

a. Administrați epinefrină
b. Furnizați oxigen prin mască de față fără respirație
c. Împingerea maxilarului, ridicarea bărbiei și ventilația sac-valvă-mască
d. Intubația endotraheală
e. Compresiuni toracice

388. Un băieţel de 4 ani este adus la UR de către părinţii săi care declară că are dificultăţi de respiraţie. Pacientul are un istoric de 1 săptămână de febră, congestie şi tuse. În ultimele 2 zile, pacientul a fost obosit, cu vărsături intermitente şi a crescut persistent RR în ciuda administrării de acetaminofen. La prezentare, semnele sale vitale sunt temperatura 100,5 ° F, HR 185 bătăi pe minut, RR 50 respiraţii pe minut, TA 75/40 mm Hg şi puls oximetrie de 88% pe aerul camerei. El este prost şi lipsit de afecţiune. Are rale difuze observate la auscultaţie, pulsurile sunt slabe şi firave, iar ficatul este palpabil la 3 până la 4 cm sub marginea costală dreaptă. După mai multe încercări de IV periferic, pacientul devine din ce în ce mai somnolent. Care dintre următoarele este cea mai potrivită metodă de obţinere a accesului la acest pacient?

a. Linia centrală jugulară internă
b. linia centrală a venei femurale
c. Tăierea venei safene
d. IV cu diametru mare în fosa antecubitală
e. Ac intraos

389. O fetiţă de 3 ani este adusă la urgenţă cu debut acut de detresă respiratorie. Ea a emigrat recent din Africa. Elementele vitale iniţiale includ HR de 115 bătăi pe minut, TA de 110/60 mm Hg şi RR de 28 de respiraţii pe minut cu o saturaţie de oxigen de 88% în aerul camerei. Este, de asemenea, febrilă până la 103,5 ° F. Apare bolnavă şi anxioasă, stă înainte în poala mamei sale şi saliva. Mama ei vă spune că a avut o durere în gât care a început cu 2 zile înainte şi că urma să-şi vadă medicul pediatru săptămâna aceasta pentru vaccinările iniţiale. Având în vedere istoricul şi prezentarea acestui pacient, care dintre următoarele ar trebui să fie deosebit de îngrijorătoare?

a. Epiglotita
b. Abces retrofaringian
c. Virusul Epstein-Barr
d. angina lui Ludwig
e. Abces peritonsilar

390. Un băieţel de 5 luni, fost preemic în vârstă de 34 de săptămâni, este adus la urgenţă de către mama sa care raportează că sugarul a respirat cu efort suplimentar în ultimele 2 zile. El nu are alt istoric medical şi este la curent cu imunizări, după ce a primit întregul ciclu de vaccinuri atât la 2, cât şi la 4 luni. Mama spune că copilul a avut rinoree şi tuse. La examenul fizic, pacientul are o temperatură de 101,1 ° F, HR 160 bătăi pe minut, RR 70 respiraţii pe minut, puls oximetrie de 87% pe aerul camerei. Bebeluşul are scurgeri nazale abundente,

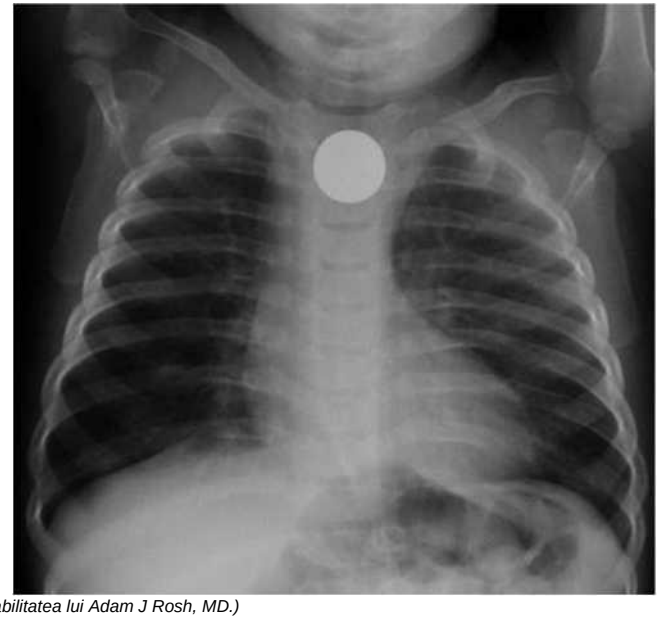
şuierătoare audibile cu rhonhi difuze şi râs la auscultarea toracică. Are, de asemenea, retractii intercostale şi erupţii nazale. O radiografie toracică arată marcaje perihilare crescute, hiperinflaţie şi zone difuze neregulate de atelectazie comparativ cu infiltrate . Având în vedere istoricul şi examenul fizic al acestui pacient, care dintre următoarele este etiologia cea mai probabilă a simptomelor acestuia?

a. Aspiraţia de corp străin
b. Astm
c. Pneumonie pneumococică
d. Virusul respirator sinciţial (RSV)
e. Parvovirusul B19

391. O fetiţă de 4 ani este adusă la urgenţă după o cădere dintr-un copac. Ea s-a lovit cu capul de pământ şi are o umflătură temporală semnificativă pe partea stângă. În tranzit către spital de către părinţii ei, pacienta a avut mai multe episoade de vomă. La sosirea la UR, pacientul este confuz şi agitat şi apoi devine acut insensibil şi apneic. Tu iei decizia de a intuba pacientul pe cale endotraheală. Care dintre următoarele este cel mai potrivit tub endotraheal (ETT) de utilizat în această intubare?

a. 4.0 ETT nemantusit
b. ETT cu manşetă 4.0
c. ETT cu manşetă 5.0
d. 5,5 ETT nemantusit
e. 4,5 ETT nemantusit

392. Un băieţel de 2 ani este adus la urgenţă la scurt timp după un episod de sufocare. Părinţii lui au remarcat că se jucase cu monede pe podea chiar înainte de episod. În ultimele zile nu a existat niciun istoric de febră sau secreţie. Părinţii au încercat să hrănească pacientul după episod, dar acesta nu a fost dispus să ia nimic pe cale orală. Scuipă într-o ceaşcă la fiecare două minute, dar altfel nu este în necaz aparent . Orofaringele lui este neremarcabil, iar plămânii lui sunt fără şuierături sau râs. Radiografia lui este văzută mai jos. Care dintre următoarele cauzează cel mai probabil simptomele pacientului?



(Cu amabilitatea lui Adam J Rosh, MD.)

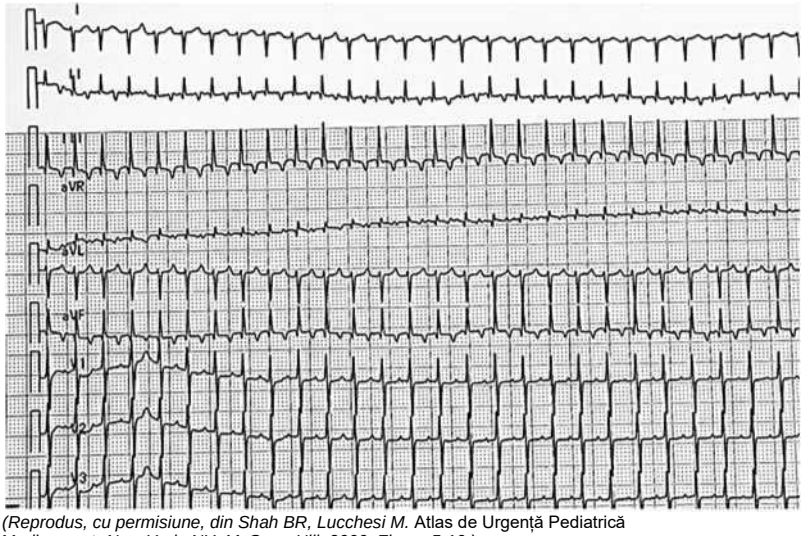
a. Aspiraţia de corp străin
b. Bronhospasm
c. Ingestia de corp străin
d. Epiglotita
e. Reacţie alergică

393. O fetiţă de 2 ani este adusă în UR cu 2 zile de febră şi curge nazale. Astăzi a făcut o tuse uscată, aspră, „latră". Temperatura ei este de 103,3 ° F, HR 123 bătăi pe minut, RR 25 respiraţii pe minut şi puls oximetrie de 98% pe aerul camerei. La evaluare se remarcă o femeie alertă, receptivă dar oarecum anxioasă, cu detresă respiratorie moderată cu stridor şi retractii suprasternale în repaus. Are congestie nazală, intrare egală a aerului bilateral, fără râs sau respiraţii şuierătoare şi o examinare normală a urechii şi gâtului. După ce a primit un singur tratament cu epinefrină racemică, se simte mai bine şi munca ei de respiraţie se îmbunătăţeşte. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Radiografie toracică
b. CBC şi hemocultură
c. Radiografia ţesuturilor moi a gâtului

d. Administrați antibiotice cu spectru larg
e. Administrați o doză de steroizi

394. Un băieţel de 3 luni este adus la urgenţă de mama sa din cauza scăderii hrănirii în ultimele 24 de ore. Pacienta s-a descurcat bine fără probleme medicale anterioare până astăzi când mama a observat transpiraţie şi iritabilitate, în special la hrănire. În ED, pacientul încearcă să se hrănească, dar în câteva minute se opreşte şi începe să plângă. Semnele vitale includ un puls de 240 de bătăi pe minut, RR de 50 de respiraţii pe minut, o temperatură de 98,2 ° F şi oximetrie de puls de 98% pe aerul camerei. La examenul fizic, pacientul este palid şi moale la atingere. Zgomotele respiratorii sunt clare la auscultare. Pulsurile sunt normale şi simetrice la toate extremităţile. Un ECG este văzut mai jos. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?



(Reprodus, cu permisiune, din Shah BR, Lucchesi M. Atlas de Urgență Pediatrică Medicament. *New York, NY: McGraw-Hill; 2006: Figura 5-10.)*

a. Cardioversie sincronizată la 0,5 J/kg
b. Verapamil 0,1 mg/kg bolus
c. Defibrilare la 2 J/kg
d. Adenozină la 0,1 mg/kg urmată de 0,2 mg/kg dacă prima doză este ineficientă
e. Masaj carotidian

395. Un băiat de 4 ani necircumcis este adus la urgenţă de îngrijitorul său pentru un istoric de 8 ore de umflare şi înroşire a penisului. Îngrijitorul afirmă că a retras prepuţul peste penis pentru a-l curăţa şi nu a putut să-l mişte înapoi după aceea. Semnele vitale ale pacientului sunt în limite normale. La examinare, pacientul plânge şi devine iritabil ori de câte ori încercaţi să examinaţi zona genitală. Glandul este edematos şi eritematos. Examenul testicular evidenţiază

testicule coborâte bilaterale cu reflex cremasteric normal. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Reducerea manuală a preputului peste gland
b. Incizie sau circumcizie fanta dorsală
c. Lidocaina locală
d. Cateterizare pentru prevenirea obstrucției și retenției urinare
e. Steroizi topici pentru a reduce umflarea

396. O fetiță de 10 săptămâni este adusă la urgență după 5 ore de distensie abdominală și vărsături colorate de verde. Pacienta este un copil anterior bine cu un curs prenatal necomplicat și naștere vaginală normală. Cu toate acestea, ea a petrecut o zi în plus în unitatea de terapie intensivă neonatală (NICU) când s-a născut din cauza „apei în plămâni". În ziua prezentării, pacientul nu poate reține lichide fără a vomita. Semnele ei vitale dezvăluie HR de 185 de bătăi pe minut, RR de 65 de respirații pe minut și o temperatură de 100,8 ° F Examenul abdominal dezvăluie un abdomen sensibil sensibil și hipertimpanic. Care dintre următoarele este studiul definitiv de alegere?

a. Seria GI superioară
b. Ecografia abdominală
c. Constatări la examenul fizic
d. CBC, electroliți și analize de urină
e. Lactat seric

397. Un băiețel de 5 ani care a căzut din barele maimuțelor și a aterizat pe cotul stâng este adus la urgență pentru evaluare. Pacientul nu are istoric medical semnificativ. La examenul fizic, observați că pacientul își ține brațul stâng în poziție de aductie. Există o umflătură evidentă în jurul cotului, cu amplitudine redusă de mișcare secundară durerii. Se plânge de amorțeală a mâinii, dar examenul motor și vascular este normal. Radiografia prezentată mai jos arată deplasarea posterioară a capitelului cu semne de umbră întunecată posterioară de humerusul distal. Care dintre următoarele este cea mai gravă complicație asociată cu această leziune?

(Reprodus, cu permisiune, de la Simon RR, Sherman SC, Koenigsknecht SJ. Urgență Ortopedie: Extremitățile. *a 5-a ed. New York, NY:McGraw-Hill;2007:Figura 6-18.)*

a. Transecția arterei brahiale
b. Maluniunea humerusului distal
c. Deficit motor din leziunea nervului ulnar
d. Artrita cronică a cotului
e. Deformarea cronică a mâinilor și degetelor cauzată de contracturi

398. Un băieţel de 7 ani se prezintă la urgenţă la 1 oră după ce a alunecat şi a aterizat pe mâna dreaptă întinsă. El a fost evaluat şi smuls de EMT şi adus la urgenţă. La examinare, observaţi o deformare a încheieturii mâinii drepte. Nu există deficite neurovasculare. O radiografie a încheieturii mâinii este prezentată mai jos. Care dintre următoarele stări este adevărată în ceea ce priveşte fracturile fizele la copii?

(Reprodus, cu permisiune, din Shah BR, Lucchesi M. Atlas of Pediatric Emergency Medicine. *New York, NY:McGraw-Hill;2006:Figura 19-3.)*

a. Salter-Harris tip IV este definit ca o leziune prin strivire a plăcii de creştere.
b. Cel mai frecvent tip de fractură este tipul II Salter-Harris.
c. Rezultatele radiografice ale acestui pacient sunt în concordanţă cu tipul V Salter-Harris
d. Fracturile prin fiză, metafiză şi epifiză sunt clasificate ca tip Salter-Harris III.
e. Prognosticul mai prost se vede cu fracturile Salter-Harris tip I.

Pediatrie

Răspunsuri

369. **Răspunsul este d.** *(Fleischer şi Ludwig, pp 1761-1799.)* Acesta este un caz în care ar trebui luată în considerare **trauma non-accidentală (NAT)** . O **fractură în spirală** a femurului la un copil care nu deambulează este foarte suspectă de NAT. **Fracturile colţului metafizar, fracturile coastelor posterioare, scapula sternului sau procesele spinoase sau fracturile multiple în diferite stadii de vindecare pot fi singura prezentare a abuzului asupra copiilor.** Orice tip de traumă care nu se potriveşte mecanismului ar trebui să ridice suspiciunea şi să alerteze medicul. În acest caz, este puţin probabil ca pacienta să fi putut să-şi potrivească piciorul prin şinele pătuţului şi să-şi rupă femurul. Deşi la copiii care deambulează nu este neobişnuit să aibă fracturi spiralate ale femurului în timpul alergării. Toate statele au raportarea obligatorie a abuzului asupra copiilor. Potrivit AAP (- Academia Americană de Pediatrie), **sondajul scheletic** este testul iniţial de alegere pentru toţi copiii suspectaţi de abuz. De asemenea, este obligatoriu să contactaţi **serviciile locale de protecţie a copilului** pentru a investiga în continuare situaţia.

Osteogeneza imperfectă **(a)** este o afecţiune genetică rară cauzată de mutaţii ale genei procolagenului de tip I. Copiii se pot prezenta cu fracturi în contextul unei traume mici sau deloc. Sclera albastră clasică poate fi prezentă. Acest tip de vătămare **(e)** nu ar trebui să fie pur şi simplu atele şi evacuate acasă. Tratamentul poate consta într-un ghips de spica şi o monitorizare atentă de către ortopedie. Din acest motiv, chirurgia ortopedică **(b)** ar trebui inclusă la începutul intervenţiei . Anomaliile electrolitice **(c)** care pot fi responsabile de fracturile patologice la copii sunt extrem de rare în comparaţie cu abuzul asupra copiilor şi ar trebui luate în considerare numai după excluderea NAT sau în prezenţa altor anomalii la examenul fizic.

370. **Răspunsul este c.** *(Fleischer şi Ludwig, pp. 823-824.)* Acesta este un caz de **impetigo.** Este o infecţie superficială a pielii cauzată cel mai frecvent de *S pyogenes* (grupa A Ş -streptococ hemolitic *).* Când se observă pustule mari (> 1 cm), termenul folosit pentru a descrie această afecţiune este impetigo bulos. Prezentarea tipică dacă impetigo include leziuni cu crustă de miere pe pielea eritematoasă. Acestea tind să fie pruriginoase şi uşor de răspândit de către pacient. Deşi este posibilă, infecţia sistemică este neobişnuită, astfel încât

pacienţii sunt de obicei bine arătaţi. Tratamentul include antibioticoterapie orală sau topică Opţiunile includ eritromicină sau cefalexină; linezolid poate fi utilizat în cazurile rezistente de *stafilococ.* Terapia topică cu mupirocină este foarte eficientă. Spălarea mâinilor este esenţială pentru a limita, de asemenea, răspândirea infecţiei la alţi membri ai familiei. Tratamentul leziunilor cutanate nu previne dezvoltarea nefritei.

Streptococul de grup B **(a)** nu provoacă în general impetigo. Este o cauză bine-cunoscută a infecţiei perinatale severe, cum ar fi pneumonia şi meningita. *Staphylococcus aureus* **(b)** este asociat în mod obişnuit cu impetigo şi este de obicei amestecat cu *Streptococcus. Staphylococcus aureus* este singurul izolat în 10% din cazuri. Prin urmare, este important să se trateze pentru ambele organisme. *Streptococcus pneumoniae* **(d)** este un agent patogen bine cunoscut implicat în multe tipuri de infecţii . Este unul dintre cei mai des întâlniţi agenţi în osteomielita, pneumonie , meningită, pericardită, peritonită şi celulită. Dar de obicei nu provoacă impetigo. Se ştie că *Salmonella* ***(e)*** provoacă diaree infecţioasă, menin gită şi osteomielita, în special la pacienţii cu celule secera.

371. **Răspunsul este d.** *(Fleischer şi Ludwig, pp. 834-835.)* Acesta este un caz de **eritem infecţios** sau **a cincea boală.** Infecţia cu **parvovirusul B19** produce acest model de **aspect de „obraz palmuit".** Se caracterizează printr-o erupţie care se prezintă iniţial ca un fard de obraz eritematos malar urmat de o erupţie maculopapulară eritematoasă pe suprafeţele extensoare ale extremităţilor care evoluează într-un aspect reticulat, dantelat, pete. Febra şi alte simptome pot fi prezente, dar sunt mai puţin frecvente. La pacienţii cu **anemii hemolitice cronice,** cum ar fi boala secerică, **anemia aplastică** este o complicaţie gravă. Femeile însărcinate ar trebui să evite expunerea la acest virus, deoarece poate provoca hidrops fetal în 10% din cazuri.

Pacienţii cu celule falciforme pot dezvolta osteomielita **(a),** cu toate acestea, prezentarea clinică este inconsecventă. Pacienţii cu osteomielita cauzată de speciile *de Salmonella* sunt, în general, cei cu siclemie. Cu toate acestea, cel mai frecvent organism care provoacă osteomielita la pacienţii cu drepanocită este *S aureus* . Encefalita **(b)** este o inflamaţie a parenchimului cerebral şi nu este cauzată în mod obişnuit de parvovirus. Agenţii etiologici obişnuiţi includ pes simplex, herpes zoster, varicela-zoster, virusul West Nile şi toxoplasmoza. Pneumonia **(c)** este un diagnostic comun la pacienţii de toate vârstele. La copii, cei mai frecventi agenţi cauzali sunt virali. Cel mai des întâlnit agent bacterian este *pneumonia S.* Meningita **(e)** este o infecţie a meningelor care înconjoară creierul. Este cauzată de entităţi virale şi bacteriene. Cei mai obişnuiţi agenţi bacterieni includ: *E coli, streptococul* de grup B şi *L monocytogenes* la sugarii foarte mici şi *pneumonia S, meningitide N* şi *gripa H* la copiii mai mari.

372. **Răspunsul este b.** *(Fleischer şi Ludwig, pp 1611-1613.)* Aceasta este o poveste şi o prezentare clasică pentru **invaginaţie** , în care o **parte a intestinului se îndreaptă în interiorul altuia şi provoacă ischemie** , care poate duce la infarct intestinal. Aceasta este o **adevărată urgenţă gastrointestinală** . Cel mai frecvent tip de invaginatie este ileo-colica, iar motivul cel mai frecvent este idiopatic. Invaginaţiile ileo-ileale şi colo-colonice sunt posibile, deşi rare în comparaţie. **Cel mai frecvent grup de vârstă este de 3 până la 12 luni,** mai mult de 80% apar în primii 2 ani de viaţă. Clisma cu aer este atât diagnostică, cât şi terapeutică şi a fost adoptată ca intervenţie de elecţie pentru aceşti pacienţi.

(a) Deşi triada clasică constă în dureri abdominale colici, vărsături şi scaune cu gelatină de coacăze, mai puţin de 20% dintre pacienţi vor prezenta toate aceste constatări. **(c)** Filmele simple nu pot confirma sau infirma în mod obişnuit prezenţa invaginaţiei intestinale, deşi aerul prezent în cecum indică nicio invaginaţie ileo-colică. S-a folosit ultrasunetele şi s- a demonstrat că au o sensibilitate foarte mare pentru invaginaţie. **(d)** Deşi consultaţia chirurgicală este justificată înainte de reducere în cazul în care se identifică perforaţia cu clisma sau pentru reduceri nereuşite, relativ puţini pacienţi necesită în cele din urmă o corecţie chirurgicală. **(e)** Există un punct de referinţă la o mică minoritate de pacienţi din intervalul de vârstă clasic. Incidenţa punctelor de referinţă patologice creşte pe măsură ce vârsta pacientului creşte dincolo de grupa de vârstă clasică. Punctele de plumb pot fi plasturi Peyer hipertrofiaţi, diverticuli, un polip sau o tumoare.

373. **Răspunsul este a.** *(Fleischer şi Ludwig, pp. 929-930.)* **Sindromul toracic acut** este caracterizat **prin pneumonie cu infarct pulmonar** , **hipoxie** şi **edem pulmonar difuz.** Aceasta este una dintre cele mai grave şi ameninţătoare complicaţii ale drepaniei. Trebuie să fiţi foarte precauţi cu hidratarea lichidelor IV, deoarece administrarea excesivă de lichide poate duce la edem pulmonar la pacienţii care au pneumonie sau care au suferit anterior de sindrom toracic acut. Administrarea de antibiotice IV , transfuziile pentru anemie şi oxigen sunt pilonii de bază ale terapiei.

(b) Infecţia diseminată care duce la sepsis şi **(c)** empiem sunt complicaţii ale pneumoniei bacteriene în general. Pacienţii cu drepanomie au o imunodeficienţă inerentă din cauza autosplenectomiei, dar acestea nu sunt complicaţii specifice ale tratamentului acestui pacient. **(d)** Accidentul vascular cerebral este o altă complicaţie a siclemiei, dar nu este cauzată de resuscitarea cu fluide. **(e)** De asemenea, pacienţii cu anemie de lungă durată sunt expuşi riscului de insuficienţă cardiacă congestivă şi, într-adevăr, mulţi pacienţi cu boală de celule falciforme au o inimă mărită. Cu toate acestea, aceasta este o complicaţie cronică şi nu una asociată în mod specific cu tratamentul pneumoniei şi

sindromului toracic acut.

374. **Răspunsul este d.** *(Fleischer şi Ludwig, p 1694.)* Acesta este un caz de **sinovită toxică** , numită şi **sinovită tranzitorie, a şoldului.** În ciuda numelui său, aceasta este o afecţiune benignă şi autolimitată, care răspunde de obicei la odihnă şi la AINS. Se crede că este un **proces inflamator postinfecţios** , deşi cauza adevărată este necunoscută. Cursul durează de obicei de la câteva zile la câteva săptămâni. Deşi febra nu este o parte tipică a majorităţii pacienţilor cu sinovită toxică, ea poate fi prezentă şi de grad scăzut sau poate fi fără legătură (reţineţi că acest copil are simptome concomitente de infecţie a căilor respiratorii superioare [URI]). Cel mai important este să distingem această afecţiune de o artrită septică. Principalele diferenţe sunt că articulaţia poate fi deseori manevrată uşor în sinovita toxică, în timp ce în articulaţiile septice adevărate, chiar şi cea mai mică cantitate de mişcare articulară produce de obicei durere intensă, iar pacienţii vor rezista puternic la întreaga gamă de mişcare.

Dacă aceasta ar fi o articulaţie septică, ar fi important să **(a)** admiterea copilului pentru antibiotice IV, dar probabil mai important să **(b)** consultarea ortopediei pentru o excursie probabilă la sala de operaţie unde articulaţia ar fi aspirată şi irigată. Acesta nu este un caz în care o scintigrafie osoasă **(c)** ar fi indicată pentru a exclude osteomielita, mai ales în lumina markerilor inflamatorii total normali. În cele din urmă, deşi adesea ne facem griji cu privire la fracturile de tip ocult sau Salter-Harris I **(e)** , acest pacient nu are antecedente de traumă şi nu are sensibilitate punctuală şi suportă greutatea în momentul externării, ceea ce face ca acest diagnostic să fie foarte puţin probabil.

375. **Răspunsul este e.** *(Fleischer şi Ludwig, pp. 1305-1311.)* Acesta este un pacient cu boala Kawasaki (KD). Această entitate este definită de următoarele criterii: **febră care durează minim 5 zile, plus patru din cinci dintre următoarele : limfadenopatie cervicală mai mare de 1,5 cm; buze uscate, crăpate sau alte afectări ale mucoasei bucale (limbă de căpşuni); trun cal, erupţie cutanată nonveziculoasă; conjunctivită nonpurulentă; mâini şi picioare umflate sau edematoase.** KD este o vasculită inflamatorie sistemică de etiologie necunoscută . Constelaţia caracteristică de simptome, aşa cum se întâlneşte acest pacient, necesită o acţiune imediată pentru a preveni complicaţiile bolii. O altă constatare comună, şi una pe care mulţi practicieni o folosesc pentru a ajuta la diagnosticarea cazurilor „atipice", este iritabilitatea intensă a copilului. Cele mai grave sechele implică anevrismele arterelor coronare. Acestea apar la aproximativ 20% până la 25% dintre pacienţii netrataţi. Acest număr este redus la aproximativ 4% până la 5% dacă tratamentul are loc în primele 10 zile de la debutul simptomelor. Tratamentul suplimentar cu aspirină este recomandat atât pentru efectele sale

antiplachetare, cât şi antiinflamatorii.

Deşi acest pacient va necesita un consult de cardiologie **(a)** , nu este următorul pas în management, deoarece este esenţial să întârzierea tratamentului. Nu există valori de laborator care să contribuie la stabilirea diagnosticului, deşi există unele constatări caracteristice. De obicei, aceşti pacienţi au markeri serici de inflamaţie, VSH şi CRP crescuti. Cealaltă constatare clasică este o trombocitoză care, de obicei, nu se prezintă până la cel puţin o săptămână de boală şi poate ajunge la peste 1 milion/mm ^{3} în unele cazuri. Nu sunt necesare teste de laborator suplimentare **(b),** cu excepţia cazurilor în care diagnosticul este pus în discuţie. Prin urmare, alegerile de răspuns **(c)** , reasigurarea şi **(d)** , analiza septică continuă, sunt incorecte.

376. **Răspunsul este d.** *(Fleischer şi Ludwig, pp. 727-728.)* Următorul pas cel mai important este administrarea de **prostaglandine în bolus urmată de o picurare.** Acest pacient suferă de **insuficienţă cardiacă severă** rezultată din **închiderea iminentă a canalului arterial.** Pacienta se prezintă într-un interval de timp clasic, la aproximativ 4 până la 7 zile după naştere. Leziunile cardiace congenitale dependente de canal care se prezintă în acest mod includ în mod tipic - transpoziţia arterelor mari, trunchiul arterios, întoarcerea venoasă pulmonară totală anormală, hipoplazia inimii stângi şi coarctaţia. Următorul pas cel mai important este administrarea unui medicament care va ajuta canalul să rămână deschis în timp ce se pregăteşte pentru intervenţia chirurgicală.

Oxigenul **(a)** este un stimulent pentru închiderea canalului (aşa cum este adecvat la sugarii obişnuiţi) şi nu trebuie administrat, deşi acest pacient va trebui probabil să fie intubat pentru a-şi elimina munca de respiraţie şi deoarece prostaglandinele pot provoca apnee. Celelalte opţiuni, **(b)** radiografie toracică şi ECG, **(c)** antibiotice şi examinare completă a sepsisului şi **(e) consultaţie** de cardiologie , ar trebui probabil făcute. Cu toate acestea, pacientul necesită intervenţie imediată cu prostaglandine.

377. **Răspunsul este b.** *(Fleischer şi Ludwig, pp 1616-1617.)* Acest pacient are **stenoză pilorică** şi va prezenta o **alcaloză metabolică hipocloremică cu hipokaliemie.** Hipoglicemia este frecventă la copiii de această vârstă care se confruntă cu un aport redus de calorii şi care au rezerve glicemice foarte slabe. Clorura scăzută şi bicarbonatul ridicat sunt rezultatul pierderii acidului clorhidric din stomac cu episoade repetate de vărsături care duc la o alcaliemie. Ca urmare, pacientul va încerca fiziologic să echilibreze ionii şi să schimbe $H^+_{intracelular}$ cu $K^+_{extracelular}$, scăzând astfel potasiul seric.

Stenoza pilorică se prezintă de obicei între 3 şi 6 săptămâni de viaţă, dar foarte

rar după acest timp. Este cel mai frecvent la bărbaţii primii născuţi. Dacă aţi căutat găsirea unei măsline la examinare, veţi fi dezamăgiţi în majoritatea cazurilor. Uneori poate fi simţit în sala de operaţie sub anestezie.

(a) Acest lucru este incorect deoarece valorile sunt normale din punct de vedere fiziologic. **(c şi e)** Acestea sunt incorecte deoarece atât potasiul, cât şi clorura sunt crescute şi acest lucru nu este în concordanţă cu stenoza pilorică. **(d)** Acest lucru este incorect deoarece bicarbonatul este scăzut. Bicarbonatul scăzut poate fi o descoperire foarte tardivă în stenoza pilorică şi este un semn al tulburărilor fiziologice severe.

378. **Răspunsul este d.** *(Fleischer şi Ludwig, pp. 812-813, 857.)* Prezentarea pacientului este suspectă pentru **conjunctivita chlamidiană.** Chiar şi fără simptome respiratorii la momentul prezentării, un procent semnificativ dintre aceşti pacienţi găzduiesc organismul în nazofaringe şi continuă să dezvolte pneumonie cu chlamydia la o dată ulterioară. Prin urmare, este adecvat un tratament de 14 până la 21 de zile cu eritromicină orală. Descrierea clasică a pneumoniei cu chlamydia este o tuse uscată, staccato.

(c) Este incorect deoarece tratamentul topic singur este insuficient. **(a şi b)** Acestea sunt incorecte deoarece nu există semne sistemice de boală. Stenoza ductului nazolacrimal **(e)** este frecventă, dar nu se prezintă de obicei cu conjunctivitis . Mai degrabă, există descărcare unilaterală sau bilaterală.

379. **Răspunsul este c.** *(Fleischer şi Ludwig, p. 635.)* Acest pacient a avut o **simplă criză febrilă.** Aproximativ 2% până la 5% dintre copii vor avea convulsii febrile în timpul vieţii. Crizele febrile apar între **3 luni şi 5 ani** , sunt asociate cu febră şi sunt clasificate fie simple, fie complexe. Crizele febrile simple sunt generalizate şi **durează mai puţin de 15 minute.** Crizele febrile complexe sunt prelungite, reapar în 24 de ore sau sunt focale. Abordarea unui pacient cu o criză febrilă este, din toate punctele de vedere, identică cu cea a aceluiaşi pacient care nu a avut convulsii, atâta timp cât criza a încetat până în momentul în care evaluaţi pacientul. Dacă criza continuă, luaţi în considerare aceasta ca şi orice criză, cu medicamentele indicate şi atenţie la ABC. Odată ce pacientul este stabil, este important să se identifice sursa febrei. Această pacientă, având o temperatură de 103 ° F timp de 2 zile şi fără altă sursă de infecţie, obligă ca urina să fie verificată pentru a evalua infecţia tractului urinar (ITU).

În prezenţa unei examinări altfel normale, alte teste de diagnostic **(a şi b)** nu sunt indicate. CBC şi hemoculturi în cazul copiilor de această vârstă, complet imunizaţi, cu aspect bine, nu mai sunt indicaţi pentru evaluarea bacteriemiei oculte. O tomografie a capului şi consult de neurologie

(d) nu este justificat pentru prima dată convulsii febrile. O puncție lombară pentru a exclude meningita **(e),** nu este indicată la acest pacient care și-a recăpătat starea psihică normală, apare bine și nu are deficite neurologice.

380. **Răspunsul este b.** *(Fleischer și Ludwig, pp. 1696-1698.)* Acesta este cazul unui pacient cu o **epifiză femurală capitală alunecată (SCFE).** SCFE este o afecțiune a femurului în care **capul femural alunecă sau se desprinde de gâtul femurului prin fiză.** Este mai frecventă la băieți decât la fete, de obicei la începutul sau la mijlocul adolescenței și este mai frecventă la copiii afro-americani decât la copiii caucazieni. Cauza sa este necunoscută. SCFE poate prezenta fie o plângere de strângere care progresează la o durere mai semnificativă care duce la o șchiopătare sau mai dramatic cu durere extremă și incapacitate de a suporta greutatea. Nu este neobișnuit ca un copil să prezinte o plângere de **durere la genunchi, care se referă la șold.** O examinare atentă va localiza adesea mai bine originea durerii la nivelul șoldului. Este de obicei unilaterală , deși poate fi bilaterală în mai mult de un sfert din cazuri. Diagnosticul se face pe radiografie. În mod clasic, este descrisă ca aspectul „înghețată care cade din con". Tratamentul este chirurgical.

Legg-Calve-Perthes **(a)** , cunoscut și sub numele de necroză avasculară a capului femural, afectează de obicei copiii mai mici de la 2 la 6 ani și este mai puțin frecvent la afro-americani în comparație cu copiii caucazieni. Artrita septica

(c) se caracterizează de obicei prin febră, durere intensă, incapacitate de a suporta greutatea și efuziuni mari cu markeri inflamatori crescuti. Osgood Schlatter

(d) boala este cea mai frecventă cauză a durerii de genunchi la această grupă de vârstă. Este cauzată de tendonul rotulian care trage de inserția sa la tuberozitatea tibială. Se caracterizează prin sensibilitate localizată, iar tratamentul este conservator. Sinovita tran sientă **(e)** a șoldului este de obicei o afecțiune postinfecțioasă a copiilor mici, de vârstă mică. Ar fi puțin probabil să apară la un copil de 13 ani.

381. **Răspunsul este a.** *(Fleischer și Ludwig, pp. 911-912.)* Acesta este un caz de **purpură Henoch-Schonlein (HSP**), numită și purpură anafilactoidă. HSP este o **vasculită inflamatorie** a cărei cauză este necunoscută. Se crede că este postinflamator. Organismul cel mai frecvent asociat cu HSP este *Campylobacter jejuni* , dar acest lucru se găsește într-o minoritate de cazuri și au fost implicați multe alte organisme și factori. HSP apare de obicei în lunile de primăvară și este cel mai frecvent la copiii mici între 2 și 12 ani, deși poate apărea la orice vârstă. HSP se caracterizează prin erupția sa caracteristică, o **erupție purpurică care apare**

de obicei pe fese şi pe suprafaţa îndoită a extremităţilor inferioare pe tălpi. Durerea abdominală, durerile articulare şi artrita şi hematuria cu afectare renală sunt, de asemenea, frecvente. Tratamentul este în mare parte favorabil cu AINS pentru controlul durerii, deşi steroizii sunt utilizaţi pentru pacienţii cu dureri abdominale severe. Există dovezi recente care sugerează că steroizii pot beneficia de un procent mai mare de pacienţi. O complicaţie de temut a HSP este invaginarea. Medicii trebuie să ia în considerare acest diagnostic la pacienţii cu dureri abdominale şi HSP HSP afectează adesea rinichii provocând hematurie. Majoritatea pacienţilor se recuperează de la HSP fără nicio complicaţie, dar la aproximativ 1% dintre pacienţi poate apărea o afectare renală prelungită care duce la insuficienţă renală şi hipertensiune arterială.

Leziunile cutanate **(b)** se rezolvă, la fel ca şi implicarea GI **(c)** cu riscul de invaginaţie scăzând la nivelurile iniţiale odată cu rezoluţia bolii. Artrita **(d)** se autolimitează în mod similar şi controlul durerii este cel mai bun tratament până în acel moment. Sistemul neurologic **(e)** este implicat într-un procent mic de pacienţi, dar acest lucru este atipic şi nu duce la complicaţii de durată.

382. **Răspunsul este d.** *(Fleischer şi Ludwig, pp 797-799.)* Acesta este un caz de **URI virală** cu o **otită medie acută (OMA).** Tratamentul pentru otita medie a evoluat semnificativ în ultimii câţiva ani. Otita a fost tratată în mod tradiţional în Statele Unite cu antibiotice orale, dar acum există date care arată că majoritatea acestor infecţii se rezolvă spontan, chiar şi cele cauzate de organisme bacteriene. Otita medie bacteriană se poate prezenta în mod similar, dar este mai tipic să aibă simptome virale timp de câteva zile, ducând la inflamarea şi disfuncţia trompei lui Eustachie, ceea ce predispune ulterior copilul la o infecţie bacteriană secundară din lichidul care nu se poate scurge din urechea medie. În cazurile de OMA la copiii cu vârsta peste 2 ani pentru care complicaţiile secundare sunt mai puţin probabile, tratamentul recomandat este analgezicele (poate fi topic, oral sau o combinaţie a ambelor) cu o perioadă de 48 până la 72 de ore de aşteptare şi observare pentru ameliorarea sau persistenţa simptomelor. Acest lucru va evita antibioticele inutile la mulţi copii . Restul trebuie tratat cu amoxicilină în doză mare (80-90 mg/kg/zi împărţită în două doze) ca terapie de primă linie

Analgezicele numai **(a)** sunt un început bun, dar ignoră faptul că pacientul are lichid purulent din urechea medie şi poate necesita antibiotice în viitorul apropiat pentru rezolvare. O cefalosporină de a treia generaţie **(b)** a fost recomandată ca tratament de linia a doua sau a treia pentru pacienţii cu OMA dacă amoxicilină eşuează. Amoxicilina în doze de 40 până la 50 mg/kg/zi **(c)** nu mai este recomandată pentru tratamentul OMA din cauza rezistenţei *S pneumoniae.* Incidenţa eşecului tratamentului la această doză este mare. Nici un tratament **(e)** pentru acest pacient, de asemenea, ignoră disconfortul său şi nu

este o alegere adecvată.

383. **Răspunsul este b.** *(Fleischer și Ludwig, pp. 319-320.)* Acesta este un caz de **colită a proteinelor din lapte** , o cauză frecventă a **sângerării rectale** la această grupă de vârstă. Unii sugari au sensibilitate la proteina din lapte de vacă (care este fundamental diferită de proteinele din laptele uman) care duce la un răspuns al anticorpilor alergic provocând o adevărată colită care are ca rezultat scaune cu sânge. Aproximativ o treime dintre acești pacienți vor avea o reacție similară la proteinele din laptele de soia. Simptomele rezultate sunt dramatice, dar în general fără alte consecințe, cu excepția cazurilor în care expunerea este de lungă durată și sângerarea continuă. Acest lucru poate duce la malnutriție, anemie și creștere slabă. Colita cu proteine din lapte este mai frecvent observată la sugarii hrăniți cu biberon, dar poate fi observată la sugarii hrăniți exclusiv la sân, unde se crede că proteinele se transferă din laptele matern în sugar, ceea ce are ca rezultat aceleași simptome ca și cum pacientul ar bea lapte direct. Tratamentul este eliminarea agentului ofensator din dietă, de obicei cu rezolvarea totală a simptomelor. Majoritatea pacienților își vor pierde sensibilitatea până la vârsta de 2 ani și produsele lactate pot fi reintroduse în acel moment.

Gastroenterita acută **(a)** se prezintă de obicei cu mai multe episoade de vărsături și diaree. Poate apărea cu sau fără febră. *Colita dificilă* cu *Clostridium* **(c)** provoacă scaun cu sânge, dar în general urmează o expunere la antibiotice sau este asociată cu alți factori de risc. Ar fi foarte neobișnuit la un copil de 3 săptămâni, altfel sănătos, fără factori de risc. Atât malrotația intestinală **(d)** cât și enterocolita necrozantă **(e)** sunt urgențe gastro-intestinale și chirurgicale care pot fi asociate cu sângele în scaun, dar apar la sugarii cu aspect rău.

384. **Răspunsul este c.** *(Fleischer și Ludwig, pp. 783-788.)* Acesta este un caz de **sepsis nou-născut.** Sepsisul neonatal este definit ca o infecție bacteriană invazivă care apare în **primele 90 de zile de viață.** Cea mai frecventă cauză a sepsisului nou-născutului este streptococul hemolitic **de grupa B Ș (GBBS).** Aproximativ o treime dintre femei sunt purtătoare ale acestui organism în vagin și expunerea se face prin canalul de naștere. Există un risc crescut cu PROM despre care se crede că duce la infecție ascendentă. Creșterea numărului de colonii are ca rezultat un risc crescut de sepsis neonatal și, prin urmare, tendința de a examina femeile însărcinate și de a trata în momentul nașterii fie femeile cu depistare pozitivă, fie femeile cu febră sau PROM. **Orice copil sub 4 săptămâni cu febră mai mare de 100,3°F** (și majoritatea ar spune că orice sugar sub 8 săptămâni) **necesită o analiză completă pentru a căuta sursa infecției.** Acest lucru include un CBC, hemocultură, analiză de urină și urocultură și o puncție lombară pentru numărarea celulelor și cultură. Mulți oameni recomandă trimiterea LCR pentru cultura virusului herpes

simplex (HSV) şi reacţia în lanţ a polimerazei, în special dacă există factori de risc matern sau leziuni cutanate suspecte sau la orice sugar care este foarte bolnav.

Celelalte organisme enumerate sunt toate cauzele cunoscute ale sepsisului neonatal, dar mai puţin probabil decât GBBS. *Escherichia coli* **(a)** este al doilea cel mai frecvent agent patogen şi este cel mai frecvent dintre agenţii patogeni enterici care cauzează această afecţiune. Este cea mai frecventă cauză a infecţiilor urinare la sugari, care poate duce şi la bacteriemie. *Listeria* **(b)** este o sursă de infecţie frecvent citată în sepsisul neonatal. Expunerea este în principal din carne neprocesată şi produse nepasteurizate. *Staphylococcus aureus* **(d)** este un agent patogen puţin probabil la un pacient imunocompetent de această vârstă. HSV **(e)** este un agent patogen important de luat în considerare în sepsisul neonatal. Obţinerea antecedentelor materne este importantă pentru a ajuta la diagnosticarea acestei afecţiuni, deşi mulţi pacienţi care în cele din urmă sunt diagnosticaţi cu HSV neonatal nu au antecedente materne cunoscute de herpes vaginal. Leziunile de pe trunchiul acestui pacient sunt cele mai în concordanţă cu o erupţie cutanată benignă a nou-născutului numit eritem toxic neonatorum şi nu au legătură cu febra.

385. **Răspunsul este d.** *(Fleischer şi Ludwig, p. 774.)* Acesta este un caz de **sindrom Guillain-Barre (GBS).** GBS se caracterizează prin **slăbiciune musculară progresivă, simetrică , care începe de obicei caudal şi progresează cefalad.** De asemenea, este asociat cu **reflexe tendinoase profunde reduse sau absente.** Se crede că este o afecţiune postinfecţioasă (boli virale în săptămânile precedente sunt raportate în majoritatea cazurilor) care se caracterizează patologic prin demielinizare acută. De obicei, se auto-rezolvă, dar poate fi tratată prin **IgIV** sau chiar **plasmafereză în cazurile severe.** Îngrijirea este de susţinere, care poate implica în cele din urmă ventilaţie mecanică în cazurile în care paralizia urcă pentru a implica muşchii respiratori. O variantă a GBS este cunoscută sub numele de boala Miller Fisher în care există o implicare predominantă a nervilor faciali. Nu există un test serologic specific pentru GBS, dar puncţia lombară este de obicei efectuată şi demonstrează creşterea proteinelor fără pleocitoză.

RMN-ul coloanei vertebrale **(a)** ar fi cel mai util şi important în cazurile de suspiciune de mielită transversală sau o leziune care ocupă spaţiu. Acest caz nu este în concordanţă cu niciunul dintre cele, prin faptul că există conservare senzorială. O biopsie musculară profundă **(b)** este luată în considerare în cazurile de slăbiciune musculară persistentă, progresivă, care nu ar fi indicată cu acest istoric. Este cel mai utilă în diagnosticarea miopatiilor inflamatorii sau autoimune severe. Hipokaliemia **(c)** poate fi asociată cu slăbiciune, dar este globală şi nu este localizată la extremităţile inferioare, ca în acest caz, astfel încât electroliţii nu sunt probabil să fie de ajutor pentru a ajunge la un diagnostic.

Provocarea cu edrofoniu **(e)** este un test utilizat pentru a diagnostica miastenia gravis, o afecţiune autoimună în care anticorpii blochează receptorul pentru acetilcolină de pe joncţiunea sinaptică, provocând oboseală uşoară. Reflexele tendinoase profunde sunt de obicei păstrate. Edrophonium blochează descompunerea acetilcolinesterazei care poate rezolva temporar simptomele şi este diagnostic pentru această afecţiune.

386. **Răspunsul este c.** *(Fleischer şi Ludwig, pp '7~75-~7~76, 840.)* Acesta este un caz clasic de **botulism infantil** caracterizat prin slăbiciune generalizată, lipsă de răspuns a pupilarului şi hipoventilaţie. Pacienţii prezintă adesea o plângere iniţială de constipaţie. Se observă că au un plâns deosebit de slab. Afecţiunea este cauzată de eliberarea **toxinei botulinice** din *Clostridium botulinum.* Toxina previne eliberarea de acetilcolină din joncţiunea neuromusculară. Copiii mai mari prezintă plângeri de diplopie, disartrie şi disfagie. Sugarii mici sunt deosebit de sensibili la ingestia de **miere,** care poate adăposti spori *C botulinum* . pH-ul din stomacul sugarului nu distruge sporii. Prin urmare, mierea nu este recomandată niciunui sugar sub 1 an.

Acesta nu este un caz de atrofie musculară a coloanei vertebrale (adică boala Werdnig-Hoffman) **(a),** care este o tulburare autosomal recesivă caracterizată prin slăbiciune musculară care poate afecta fiecare aspect al alimentaţiei, respiraţiei şi mişcării şi va fi adesea evidentă de foarte devreme - chiar înainte de vârsta acestui copil. Tumorile cerebrale **(b)** pot provoca unele dintre aceste simptome, dar nu s-ar prezenta în mod obişnuit cu slăbiciune generalizată şi pupile slab receptive. Acest copil nu prezintă semne speciale de creştere a presiunii intracraniene, cum ar fi vărsături sau iritabilitate persistentă. În mod similar, acest pacient nu prezintă semne de meningită **(d).** Este febrilă şi nu este iritabilă. Otrăvirea cu organofosforici **(e)** determină creşterea tonusului muscarinic şi nicotinic din inhibarea acetilcolinesterazei. Simptomele pot fi similare cu acest pacient cu salivare şi slăbiciune. În plus, sunt frecvente diareea, disfuncţia autonomă şi tulburările SNC. Această afecţiune este puţin probabilă la un copil nemobil şi expunerile sunt mai puţin frecvente în acest cadru.

387. **Răspunsul este c.** *(Fleischer şi Ludwig, pp. 7-16.)* Acest pacient a devenit apneic şi **necesită ventilaţie asistată.** Abordarea corectă este să faceţi o **apăsare a maxilarului şi o ridicare a bărbiei** pentru a asigura o poziţionare optimă a căilor respiratorii şi pentru a începe ventilaţia sac-valvă-mască. Aceasta este cea mai importantă abilitate de învăţat în resuscitarea pediatrică. În multe cazuri, furnizarea de oxigen în mod corespunzător este tot ceea ce este necesar pentru a rezolva bradicardia şi problemele circulatorii. **Cea mai frecventă cauză de stop la copii este cea respiratorie.** Acesta este un caz clasic de stop respirator care provoacă cianoză şi bradicardie ulterioară.

Epinefrina **(a)** este cu siguranţă în algoritmul pentru bradicardie, dar primul pas în resuscitare este întotdeauna abordarea căilor respiratorii. Acest pacient ar trebui să i se administreze oxigen, iar o mască facială fără respiraţie **(b)** poate asigura o livrare ridicată de oxigen. Cu toate acestea, pacientul nu respiră, aşa că această metodă este ineficientă. Intubaţia endotraheală **(d)** poate fi necesară pentru a stabili o cale respiratorie definitivă la acest pacient. Cu toate acestea, va dura timp pentru a configura per formular. Cea mai simplă şi mai rapidă intervenţie este împingerea maxilarului sau ridicarea bărbiei cu ventilaţie sac-valvă-mască. Compresiunile toracice **(e)** urmează să urmeze în curând în resuscitarea acestui pacient, dar intervenţia iniţială este atenţia asupra căilor respiratorii şi a respiraţiei.

388. **Răspunsul este e.** *(Fleischer şi Ludwig, pp. 19-20)* Acest pacient este în **stare de şoc.** Încercările de acces IV periferic sunt acceptabile, dar ar trebui limitate la două încercări în 60 de secunde şi apoi trebuie încercată introducerea intraosoasă (IO) . **Liniile IO pot fi realizate rapid şi fiabil.** Locurile preferate pentru inserţie sunt **tibia proximală** , urmată de **tibia distală** şi **femurul proximal.** La adulţi, există un sistem IO sternal care a câştigat popularitate pentru uşurinţa de plasare şi de utilizare a tuburilor flexibile odată instalate. Toate medicamentele pot fi administrate prin linia IO şi debutul de acţiune este similar cu administrarea venoasă.

Linia centrală jugulară internă **(a)** , linia centrală a venei femurale **(b)** şi - tăierea safenei **(c)** sunt toate metode foarte bune de stabilire a accesului IV rapid la mulţi adulţi în stare critică şi la unii pacienţi pediatrici. Cu toate acestea, accesul IO s-a dovedit a fi rapid şi de încredere în populaţia pediatrică şi ar trebui utilizat atunci când accesul periferic este dificil de obţinut la un pacient instabil. Un IV cu orificiu mare în fosa antecubitală **(d)** este, de asemenea, o metodă bună de acces vascular, dar accesul periferic nu a fost obţinut la acest individ.

389. **Răspunsul este a.** *(Fleischer şi Ludwig, pp. 805-808.)* **Epiglotita** este o afecţiune inflamatorie care pune viaţa în pericol a epiglotei, ariepigloticei şi pliurilor paraglotice. Etiologia este de obicei infecţioasă, cu *Haemophilus influenzae* tip b ca etiologie clasică şi cea mai frecventă înainte de introducerea vaccinării *H influenzae* tip b. Cele mai multe cazuri apar acum la **adulţi** şi **la copiii neimunizaţi** şi sunt văzute cel mai frecvent ca infecţii secundare în urma unor boli virale (cea mai notorie a fost varicela primară înainte de utilizarea pe scară largă a vaccinului respectiv). Semnele şi simptomele includ o perioadă prodromală de 1 până la 2 zile cu febră mare, disfagie , acumulare de secreţii şi dispnee. Pacienţii stau de obicei într-o poziţie erectă sau „trepied", aplecându-se înainte cu gâtul întins pentru a oferi o deschidere maximă a căilor respiratorii,

pentru a-şi îmbunătăţi simptomele. Radiografiile gâtului pot arăta **semnul clasic de amprentă mare** al unei epiglote inflamate, mărite, deşi o scanare CT a gâtului poate delimita mai mult afecţiunea. Cu toate acestea, acestea sunt de obicei dificil de obţinut din cauza faptului că pacienţii nu sunt suficient de stabili pentru a părăsi ED şi au nevoie de monitorizare continuă în cazul compromisului căilor respiratorii; deci nu se efectuează de obicei studii radiografice . Abordarea clasică a unui pacient cu suspiciune de epiglotită este să-l lase în braţele îngrijitorului, să încerce să nu-l agite şi să solicite imediat asistenţă pentru urechi, nas, gât (ORL) şi anestezie în UR. Laringoscopia directă este contraindicată deoarece poate induce laringospasm. Aceşti pacienţi necesită vizualizare directă, adesea doar în sala de operaţie, cu serviciile adecvate pregătite pentru necesitatea plasării unei căi aeriene chirurgicale în mod urgent. Antibioticele IV şi steroizii sunt indicaţi pentru a ajuta la tratarea infecţiei şi pentru a reduce umflarea.

Abcesele retrofaringiene **(b)** se pot prezenta oarecum similar, dar nu de obicei la acelaşi nivel de extremis ca acest pacient. Constatarea clasică a examenului fizic este incapacitatea de a extinde gâtul, deoarece aceasta întinde zona inflamată a ţesutului moale prevertebral. Abcesul retrofaringian este suspectat pe baza unui film lateral al gâtului care demonstrează o dungă lărgită de ţesut moale prevertebral. Faringita EBV **(c)** se poate prezenta cu eritem sau exudat al amigdalelor, disfagie, febră şi tuse. În plus, pacienţii pot fi foarte incomozi şi pot apărea moderat bolnavi , dar de obicei nu vor prezenta compromisuri ale căilor respiratorii şi hipoxie. În plus, mononucleoza clinică este de obicei o afecţiune a copiilor mai mari şi adolescenţilor. Angina Ludwig **(d)** este o infecţie a spaţiului submandibular. **(e)** Abcesul periamigdalian este adesea o infecţie secundară a faringitei streptococi şi se va prezenta cu trismus, dificultăţi la înghiţire şi febră.

390. Răspunsul este d. *(Fleischer şi Ludwig, pp. 813-814.)* **RSV** este o cauză comună de detresă respiratorie la sugari, în special sub vârsta de 6 luni, şi cea mai frecventă cauză a afecţiunii clinice cunoscută ca
bronşiolită. Diagnosticul se face clinic pe baza constelaţiei de simptome, aşa cum demonstrează acest pacient. Pacienţii care prezintă risc de severitate crescută a bolii sunt cei cu boală pulmonară cronică, în special foştii prematuri, cei cu o afecţiune imunocompromisă şi cei cu boli cardiace congenitale complexe. Aceşti pacienţi sunt eligibili pentru a primi palivizumab, un anticorp injectabil care conferă imunitate pasivă şi poate reduce probabilitatea bolilor severe ale tractului respirator inferior cauzate de RSV la persoanele susceptibile. Condiţia asociată cu infecţiile cu RSV se suprapune cu cele ale altor agenţi patogeni ai tractului respirator, inclusiv rinovirus, parainfluenzavirus, coronavirus, echovirus şi coxsackievirus. Starea clinică a bronşiolitei este cauzată de RSV în

aproximativ 70% din cazuri, mai ales în lunile de vârf din noiembrie până în aprilie. Diagnosticul este confirmat de un test rapid de antigen al unui aspirat nazal, dar acesta este de obicei util numai la pacienţii al căror diagnostic este neclar sau la care managementul poate fi diferit în funcţie de condiţiile concomitente. Managementul este în mare măsură de sprijin. Se administrează adesea o varietate de medicamente, inclusiv albuterol, epinefrină aerosolizată şi corticosteroizi. Cu toate acestea, niciunul nu s-a dovedit a fi în mod constant benefic în tratarea simptomelor sau reducerea duratei bolii . Sunt necesare precauţii respiratorii pentru a limita transmiterea.

Aspiraţia de corp străin **(a)** se poate întâmpla la copiii de această vârstă şi, dacă nu este detectată iniţial, poate provoca simptome similare. Adesea, o radiografie va arăta un obiect ingerat sau poate fi prezent un stridor. Se crede că chiolita bronşică este un precursor al astmului **(b)** şi că sugarii care dezvoltă bronhiolită sunt mai predispuşi să dezvolte astm bronşic pe măsură ce îmbătrânesc, deşi diagnosticul de astm bronşic nu se aplică cuiva cu primul episod de respiraţie şuierătoare la această vârstă. Pneumonia pneumococică **(c)** este cauza predominantă a pneumoniei bacteriene la această grupă de vârstă, deşi incidenţa a scăzut odată cu administrarea consecventă de Prevnar, un vaccin conjugat împotriva acestui agent patogen care reduce semnificativ incidenţa bolilor grave (invazive) de către acest agent patogen. Acest pacient ar fi primit două doze de vaccin până la această vârstă dacă este la curent cu vaccinurile. Pneumococul poate suprainfecta şi pacienţii, dar acest scenariu clinic este clasic pentru bronşiolită. Parvovirusul B19 **(e)** este agentul etiologic al bolii a cincea. A cincea boală este o boală uşoară care apare cel mai frecvent la copii. Copilul are, de obicei, o febră asociată cu un aspect de „obraz plesnit" pe faţă şi o erupţie roşie dantelă pe trunchi şi membre.

391. Răspunsul este b. *(Manualul furnizorului de asistenţă vitală avansată pediatrică, 2006.)* Au existat modificări recente în recomandările privind suportul vital avansat pentru copii (PALS) cu privire la ETT. Anterior, ETT necuffed erau recomandate pentru toţi pacienţii cu vârsta sub 8 ani. Aceasta sa bazat pe consideraţia anatomică că cea mai îngustă parte a căilor respiratorii la copii este zona subglotică, în timp ce la adulţi este glota (laringele) în sine. Deşi acest lucru este adevărat, a devenit clar prin cercetări ulterioare că tuburile cu manşetă sunt de preferat pentru a oferi o etanşare mai bună, fără un risc crescut de deteriorare a endoteliului din cauza umflarea excesivă a balonului şi vor oferi o ventilaţie mai bună la pacienţii cu complianţă pulmonară slabă. Având în vedere această complicaţie, este important să nu suflaţi balonul la o presiune mai mare de 20 cm H_2O. Există două metode acceptabile pentru a alege dimensiunea ETT adecvată. Se bazează pe banda de resuscitare bazată pe lungime, care ar trebui să fie

disponibilă şi utilizată în resuscitarea tuturor copiilor mici. Formula care a fost aprobată de Asociaţia Americană a Inimii pentru calcularea dimensiunii adecvate a tubului pentru un **tub cu manşetă** este **dimensiunea ETT (mm din diametrul intern al tubului) = (vârsta în ani/4) + 3.** Acest calcul la pacientul de mai sus ar produce o dimensiune de **4,0 mm pentru un tub cu manşetă** .

Pentru a calcula dimensiunea unui **ETT necuffed** , calculul este după cum urmează: **dimensiunea (în mm) = (vârsta în ani/4) + 4.** Aceasta ar produce o dimensiune ETT de 5,0 mm pentru un tub necuffed. Aceasta nu este una dintre alegeri. Asta lasă **(a, c, d şi e)** alegeri incorecte. În cele din urmă, merită menţionat accentul pe care PALS l-a pus pe confirmarea plasării tubului. Acest lucru trebuie făcut printr-o varietate de metode. Auscultarea pe torace, precum şi pe stomac, ridicarea bilaterală a peretelui toracic, monitorizarea pulsului de oxigenare şi, poate cel mai important, monitorizarea CO_2 la sfârşitul curentului pentru pacienţii cu ritm de perfuzie sunt toate metode esenţiale pentru confirmarea plasării.

392. Răspunsul este c. *(Fleischer şi Ludwig, pp. 307-313.)* **Ingestia** şi aspiraţia de corpuri străine sunt frecvente la această grupă de vârstă, cu un vârf care apare între **6 luni şi 4 ani.** La acest pacient, poziţia monedei pe filmul toracic antero-posterior ajută la diagnostic. Când moneda se află în **esofag, este văzută frontal în proiecţia AP.** Când este localizată în trahee, se vede în plan sagital deoarece - inelele traheale cartilaginoase la copii sunt incomplete şi rămân deschise - posterior, determinând ca moneda să stea sagital sau lateral. După evaluarea stării pacientului (detresă respiratorie, incapacitatea de a înghiţi etc.), este important să se evalueze caracteristicile corpului străin ingerat. Corpii străini ingeraţi de obicei sunt obstrucţionaţi în trei locaţii comune: intrarea toracică (60%-80%), la joncţiunea gastroesofagiană (10%-20%) şi la nivelul arcului aortic (5%-20%). O modalitate bună de a reţine acest lucru este prin nivelul lor la nivelul coloanei vertebrale: C4-C6, T8 şi, respectiv, T4 Odată ce trec prin pilor, majoritatea corpurilor străine trec prin restul tractului gastro-intestinal. Obiectele care sunt mai mari de 2 cm x 5 cm, obiectele ascuţite (ace, chinuri) sau bateriile cu discuri trebuie luate în considerare pentru îndepărtare.

Deşi aspiraţia de corp străin **(a)** este o posibilitate, poziţia monedei în radiografie şi absenţa simptomelor respiratorii fac acest diagnostic puţin probabil. Dacă există o suspiciune pentru un corp străin aspirat, pacientul trebuie supus bronhoscopiei Bronhospasmul **(b)** apare ca o reacţie la corp străin aspirat şi trebuie întotdeauna luat în considerare la pacienţii care prezintă tuse sau simptome respiratorii. Deşi sunt observaţi rar la copii de la apariţia vaccinului *H Influenzae* , pacienţii cu tită epiglotă **(d)** prezintă în mod clasic salivare şi îşi asumă o „poziţie trepied" pentru a le ajuta respiraţia şi vor prezenta adesea dovezi de detresă respiratorie. Reacţia alergică **(e)** este puţin probabilă având în vedere

absența simptomelor dermatologice sau respiratorii.

393. **Răspunsul este e.** *(Fleischer și Ludwig, pp. 803-805.)* Acesta este un caz de **laringotraheită** sau **crupă.** Este cea mai frecventă cauză de stridor și obstrucție a căilor respiratorii superioare la copiii cu vârsta cuprinsă între 6 luni și 3 ani. De obicei, începe cu simptome constituționale și ulterior pacienții dezvoltă tusea caracteristică „asemănătoare focei". Etiologia este cel mai frecvent **virusul paragripal.** Diagnosticul este de obicei clinic. Tratamentul include epinefrină racemică, în special atunci când este prezent stridorul. După administrarea de epinefrină racemică, pacienții trebuie supravegheați timp de 3 până la 4 ore pentru a monitoriza efectul de rebound după ce epinefrina dispare. De asemenea, se administrează **steroizi pentru a reduce umflarea laringelui.** Dexametazona este steroidul administrat frecvent. Unele tratamente la domiciliu, cum ar fi scoaterea unui copil în aer liber pentru a respira aer rece (cum se prezintă crupa cel mai adesea în timpul iernii) sau în baie pentru a respira aburul produs atunci când curge apă fierbinte la duș, ambele par să ajute la ameliorarea simptomatică.

Radiografiile toracice **(a)** pentru evaluarea pneumoniei și a țesuturilor moi ale gâtului (**c**) nu sunt indicate la pacienții care prezintă constatări clasice de crupă. O CBC și hemocultură **(b)** nu sunt de nicio utilitate la un pacient cu această boală virală clasică. Antibioticele **(d)** nu sunt eficiente la pacienții cu o boală virală.

394. **Răspunsul este d.** *(Fleischer și Ludwig, pp. 734-739.)* ECG arată o **tahicardie complexă îngustă la 300 bătăi pe minut** fără variabilitate și unde P absente. Acesta este diagnosticul **tahicardiei supraventriculare (SVT).** SVT este cea **mai frecventă aritmie patologică a copilăriei.** Este uneori confundată cu tahicardia sinusală, care se prezintă de obicei cu o rată de < 225 de bătăi pe minut la sugari și < 150 de bătăi pe minut la copiii mai mari și adulți. Această constatare, cuplată cu variabilitatea respirațiilor și dovezile undelor P normale se vor dovedi a fi utile în diferențierea tahicardiei sinusale de SVT. Această aritmie este de obicei bine tolerată la copiii mici și la sugari. SVT se va prezenta adesea cu un istoric de paloare, alimentație deficitară, tahipnee și letargie sau iritabilitate. Copiii mai mari vor descrie palpitații, amețeli și dificultăți de respirație. Pot fi prezente semne de insuficiență cardiacă congestivă sau șoc. SVT poate apărea la copiii fără leziuni structurale și este asociată cu febră, infecție sau medicamente simpatomimetice (cum ar fi medicamentele pentru răceală sau broncodilatatoarele), dar este cel mai adesea idiopatică. Stabilitatea este cel mai important factor în gestionarea pacienților cu SVT. Pacienții stabili au de obicei o stare mentală normală și doar simptome ușoare. Pacienții instabili prezintă de

obicei insuficienţă cardiacă congestivă sau şoc. **Adenozina** este sigură şi eficientă şi are un timp de înjumătăţire scurt. Este terapia de primă linie la pacienţii cu SVT stabilă. Trebuie administrat rapid printr-un IV cu diametru mare într-o venă cât mai aproape de inimă (antecubital este clasic şi în general adecvat) şi urmat de un bolus salin normal de 10 până la 20 ml folosind metoda robinetului dublu pentru a-l spăla rapid. Adenozina va bloca conducerea la nodul atrioventricular (AV), ducând la o scurtă perioadă de asistolă, care poate fi foarte deconcertant pentru cei care primesc sau administrează medicamentul.

Cardioversia sincronizată **(a)** este tratamentul pentru orice pacient instabil sau atunci când alte opţiuni de tratament au eşuat. Masajul carotidian **(e)** nu este recomandat copiilor din cauza problemelor de dislocare a plăcilor sau de a provoca o ruptură intimă. Verapamilul **(b)** trebuie evitat la sugari, deoarece poate provoca hipotensiune arterială potenţial letală. Defibrilaţia **(c)** este tratamentul pentru pacienţii cu fibrilaţie ventriculară sau tahicardie ventriculară fără puls.

395. **Răspunsul este a.** *(Fleischer şi Ludwig, pp 1679-1680.)* Acesta este un caz de **parafimoză.** Parafimoza este o **adevărată urgenţă.** Apare atunci când **prepuţul unui bărbat necircumcis este retras dincolo de gland şi nu revine la poziţia sa normală.** Congestia şi edemul ulterioare fac dificil ca acesta să fie retras în poziţia normală. **Reducerea manuală** este tratamentul de primă linie pentru parafimoză. Reducerea manuală se realizează prin plasarea degetelor mari peste gland în timp ce încercaţi să trageţi uşor ţesutul prepuţului îngropat înapoi peste capul penisului. Gheaţa poate fi aplicată pe penis pentru a ajuta la reducerea umflăturii. În plus, un bloc al nervului dorsal al penisului poate fi utilizat pentru analgezie, facilitând efectuarea unei reduceri manuale.

Fanta dorsală sau circumcizia **(b)** trebuie luate în considerare după ce încercările iniţiale de reducere manuală au eşuat şi, de obicei, în consultare cu un urolog. Lidocaina locală **(c)** nu este descrisă pentru tratamentul acestei afecţiuni . Steroizii topici **(e)** pot fi luaţi în considerare în tratamentul fimozei, nu parafimozei. Cateterizarea **(d)** este rar indicată, deoarece majoritatea parafimozailor sunt retractabile în ED şi retenţia urinară este mai puţin frecventă.

396. **Răspunsul este a.** *(Fleischer şi Ludwig, pp1614-1617. Rosen, pp 2606 2608.)* Prezentarea clinică a pacientului este în concordanţă cu **malrotaţia cu volvulusul intestinului mediu.** Malrotaţia apare atunci când există o fixare necorespunzătoare a intestinelor la ligamentul lui Treitz în timpul vieţii fetale. Incidenţa este incertă, dar se crede că este de aproximativ 1 din 500 de născuţi vii, cu un raport bărbaţi/femei de 2:1. Semnele şi simptomele malrotaţiei pot fi nespecifice şi includ vărsături, care sunt în mod caracteristic bilioase, şi distensie abdominală. Până la 25% din cazuri apar după vârsta de 1 an. Cea mai

catastrofală prezentare a malrotaţiei apare atunci când mezenterul fixat anormal se răsuceşte în jurul său şi artera mezenterică superioară duce la infarct intestinal, şoc, sepsis şi moarte. Toate acestea pot avea loc în câteva ore. Studiul **diagnostic definitiv de elecţie** este o **serie GI superioară.** Contrastul din intestin nu va demonstra clasicul „C-buc" al celor patru părţi ale duodenului şi, în schimb, va arăta „tibuşonul" apariţia clasică a acestei afecţiuni. Unii medici încep examenul cu o peliculă simplă a abdomenului, căutând nivelurile de lichid din aer, ansele dilatate sau pneumatoza coli care pot fi observate la pacienţii cu distensie severă. Descoperirea clasică a filmului simplu este cea a „bulei duble". Cu toate acestea, filmele simple sunt mai puţin sensibile şi mai puţin specifice decât o serie GI superioară.

Ecografia **(b)** nu este modalitatea imagistică de elecţie pentru malrotaţie. Este frecvent utilizat pentru a diagnostica stenoza pilorică. Constatările fizice **(c)** sunt nespecifice şi nu se pot baza pentru a stabili diagnosticul. CBC, electroliţii şi analiza urinei **(d)** nu vor furniza suficiente informaţii pentru a exclude această boală, dar pot prezenta anomalii electrolitice, deshidratare, leucocitoză şi greutate specifică crescută. Lactatul seric **(e)** creşte târziu în procesul bolii şi este un indicator al ischemiei.

397. **Răspunsul este e.** *(Fleischer şi Ludwig, pp 1538-1544.)* Prezentarea pacientului şi constatările radiografice sunt în concordanţă cu **o fractură supracondiţională.** Fracturile supracondiliene sunt cel mai frecvent tip de fractură de cot la copii şi este important de recunoscut precoce din cauza riscului de rănire a arterelor şi nervilor care trec prin această zonă. Pacienţii prezintă de obicei durere, umflare şi scăderea amplitudinii de mişcare cu braţul ţinut în aducţie. Cele mai multe fracturi apar după o cădere pe o mână întinsă, cu humerusul distal deplasându-se posterior. Fracturile posterioare sunt clasificate în trei categorii. Fracturile de tip I prezintă doar un semn de suprafaţă adipoasă anterioară crescută şi dovezi ale unei plăci adipoase posterioare, care este întotdeauna patologică, deşi nu este specifică acestei afecţiuni. Fracturile de tip II au o fractură evidentă nedeplasată. Tipul III prezintă deplasare posterioară a capitelului şi nu are contact cortical între fragmentele de fractură. Tipurile II şi III necesită reducerea şi fixarea.

Cea mai gravă complicaţie a fracturilor supracondiliene este **contractura ischemică Volkmann.** Acest lucru se întâmplă atunci când se acumulează presiune înaltă în compartimentele antebraţului, ceea ce duce la un sindrom de compartiment. Poate fi cauzată şi de îndoirea arterei brahiale cu ischemie ulterioară dacă nu este reparată. Dacă afecţiunea nu este abordată, există potenţialul de deteriorare permanentă a nervilor şi muşchilor antebraţului, ducând la contracturi. Pacienţii care dezvoltă durere la extensia pasivă a

degetelor, sensibilitatea antebraţului sau refuză să deschidă mâna au un risc foarte mare de a dezvolta această afecţiune.

Leziunea nervului ulnar **(c)** este rară în fracturile supracondiliene. Nervul cel mai frecvent afectat este nervul interos anterior. Secţiunea arterei brahiale **(a)** este neobişnuită şi în general duce la un deficit de puls la examinare. Maluniunea **(b)** şi artrita **(d)** sunt sechele mult mai puţin frecvente şi mai puţin grave decât contracturile.

398. **Răspunsul este b.** *(Fleischer şi Ludwig, pp 1526-1527, 1545-1548.)* Aceasta este o fractură **Salter-Harris de tip II** care implică **physis şi meta physis.** Fiza sau placa de creştere este un loc comun al fracturilor la pacienţii pediatrici. Aproximativ 20% dintre fracturi implică această zonă de creştere osoasă activă, cu o incidenţă maximă la începutul adolescenţei. Cel mai utilizat sistem de clasificare pentru aceste fracturi este clasificarea Salter-Harris . În acest sistem, există cinci clasificări ale leziunilor. În general, cu cât clasificarea Salter-Harris este mai ridicată, cu atât prognosticul este mai rău şi şansa de oprire a creşterii este mai mare. **Salter-Harris I** apare atunci când fractura implică placa de creştere. Este posibil să nu existe dovezi radiografice ale acestor fracturi iniţial, prin urmare trebuie să aveţi o suspiciune ridicată. Această leziune trebuie suspectată la orice pacient care este sensibil în jurul fizei osului chiar şi în absenţa unei fracturi radiografice evidente. Tratamentul pentru această leziune include imobilizarea precoce şi trimiterea. Prognosticul este de obicei bun. **Salter-Harris II** este cel mai frecvent tip, reprezentând aproximativ 75% din fracturile care implică placa de creştere. Fractura are loc prin placa de creştere şi în metafiză. **Salter-Harris III** apare atunci când o fractură sparge placa de creştere şi în epifiza . **Salter-Harris IV** implică metafiza, physis şi epifiza. Salter-Harris V este o leziune prin zdrobire a plăcii de creştere şi are un potenţial ridicat de oprire a creşterii.

O leziune prin zdrobire a plăcii de creştere **(a)** este cunoscută ca **tip Salter-Harris V. (c)** Radiografia pacientului este în concordanţă cu un tip Salter-Harris II. Fracturile prin metafiză, physis şi epifiză **(d)** sunt cunoscute ca Salter-Harris tip IV. Fracturile Salter-Harris de tip I **(e)** au cel mai bun prognostic . Cel mai prost prognostic şi cea mai mare incidenţă a opririi creşterii se observă în cazul fracturilor de tip V.

Sângerare vaginală

Întrebări

399. O femeie de 23 de ani se prezintă la Urgenţe (UR) cu sângerare menstruală neregulată. Ea neagă orice durere abdominală, ameţeli sau palpitaţii. Pacienta relatează că ultima menstruaţie a avut loc în urmă cu 2 săptămâni, cu flux şi durată normale. Care dintre următoarele teste auxiliare este critică în definirea diagnosticului diferenţial pentru acest pacient?

a. Tastaţi şi ecran
b. Panoul de coagulare
c. Ș - Gonadotropină corionica umană (Ș -hCG)
d. Hemoleucograma completă (CBC)
e. Nu sunt necesare teste auxiliare

400. Un G2P2 în vârstă de 30 de ani se prezintă la UR cu debut acut de durere abdominală inferioară asociată cu sângerare vaginală care a început cu 2 ore înainte de sosire. Ea neagă orice antecedente medicale, dar raportează că a avut o ligatură a trompelor după naşterea celui de-al doilea copil. Valorile vitale ale ei sunt semnificative pentru o frecvenţă cardiacă (HR) de 120 de bătăi pe minut şi o tensiune arterială (TA) de 90/60 mm Hg. La examenul fizic, pacienta are sensibilitate anexală dreaptă cu sânge în bolta vaginală posterioară. Orificiul ei cervical este închis. Având în vedere istoricul şi examenul fizic al acestui pacient, care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Apendicită
b. Boala inflamatorie pelvina (BIP)
c. Placenta previa
d. Sarcina extrauterina
e. Abruptio placentae

401. O femeie de 28 de ani prezintă dureri abdominale severe cu distensie şi sângerare vaginală. Ea declară că este însărcinată cu data naşterii în aproximativ

4 săptămâni. Durerea ei a apărut brusc, cu puțin timp înainte de sosirea la urgență. După anamneza, pacientul raportează consumul recent de cocaină. Ce condiție trebuie luată în considerare la acest pacient?

a. Ruptura uterină
b. Contractii normale
c. Placenta accreta
d. Vasa previa
e. Chist ovarian rupt

402. O tânără de 24 de ani, G2P0010, aflată în al doilea trimestru de sarcină, se prezintă la urgență cu spotting vaginal în ultima zi. Ea neagă orice durere abdominală și, de altfel, se află în starea ei obișnuită de sănătate. Semnele ei vitale sunt HR de 76 de bătăi pe minut, TA de 120/65 mm Hg, frecvența respiratorie (RR) de 16 respirații pe minut și temperatura de 98,9 ° F. Care dintre următoarele afecțiuni are cel mai probabil acest pacient?

a. Sarcina extrauterina
b. Placenta previa
c. Abruptio placentae
d. Ruptura uterină
e. Torsiunea ovariană

403. O tânără G3P1112 în vârstă de 24 de ani se prezintă la urgență cu sângerare vaginală și cheaguri. Semnele ei vitale includ HR de 110 bătăi pe minut, TA de 130/70 mm Hg, RR de 14 respirații pe minut cu o saturație de oxigen de 99% în aerul camerei. Ea este febrilă și în suferință ușoară. Istoricul medical recent este semnificativ pentru nașterea vaginală de acum 2 zile cu travaliu prelungit. Examenul pelvin este semnificativ pentru un uter mare, plin și un perete vaginal normal. Care este diagnosticul cel mai probabil la acest pacient?

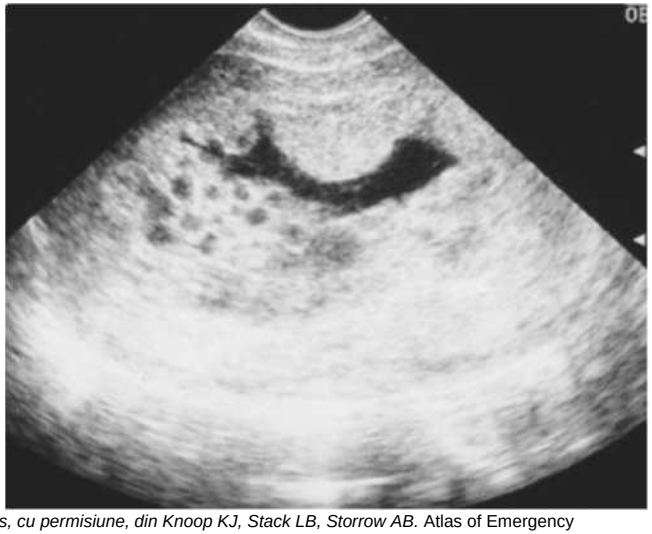
a. Traumatisme ale tractului genital
b. Endometrita
c. Atonia uterină
d. Sarcina extrauterina
e. Ruptura arterei uterine

404. Un G1P0101 în vârstă de 40 de ani se prezintă la UR cu durere suprapubiană și stare generală de rău în ultimele 3 zile fără ameliorare.

Elementele vitale ei sunt semnificative pentru HR de 115 bătăi pe minut, TA de 100/60 mm Hg şi temperatură de 101 ° F La examinarea fizică, abdomenul ei este moale, cu sensibilitate suprapubiană semnificativă la palpare uşoară, dar fără rebound sau pază. Examenul ei pelvin dezvăluie o cantitate mică de sânge vaginal roşu închis şi scurgeri galbene. Istoricul ei medical anterior este semnificativ pentru o operaţie cezariană de urgenţă cu 2 săptămâni în urmă, fără niciun alt istoric ginecologic. Care este cel mai probabil diagnosticul la această pacientă?

a. Atonia uterină
b. Produse reţinute ale concepţiei
c. Inversiunea uterină
d. Endometrita
e. Torsiunea tubo-ovariană

405. O fată de 17 ani se prezintă la urgență cu sângerare vaginală, greață și vărsături. Elementele vitale includ FC de 80 de bătăi pe minut, TA de 190/100 mm Hg și temperatura de 99 ° F. Ea raportează că ultima menstruație a avut loc acum 7 săptămâni. Examenul ei fizic este semnificativ pentru înălțimea fundului la ombilic. După obținerea unui Ș -hCG pozitiv, evaluarea ecografică relevă următoarea imagine prezentată mai jos. Care este cea mai probabilă afecțiune de bază pentru simptomele acestui pacient?



(Reprodus, cu permisiune, din Knoop KJ, Stack LB, Storrow AB. Atlas of Emergency Medicament . *New York, NY: McGraw-Hill, 2002:272.) (Cu amabilitatea lui Robin Marshall, MD.)*

a. Sarcina extrauterina
b. Aluniță hidatiformă
c. Torsiunea ovariană
d. Abruptio placentae
e. Hiperemeza gravidă

406. O tânără G1P0 în vârstă de 25 de ani se prezintă la urgență cu sângerare

vaginală. Ea a descoperit recent că era însărcinată şi nu a fost încă evaluată medical . Înainte de prezentare, pacienta se afla în starea ei obişnuită de bună sănătate, fără antecedente de traumă sau orice alte simptome. Ea raportează că foloseşte două tampoane absorbante pe oră pentru sângerare şi nu observă trecerea ţesutului fetal. La examenul fizic, orificiul ei cervical este deschis. Care dintre următoarele este cel mai potrivit diagnostic?

a. Ameninţarea cu avortul
b. Avort complet
c. Avortul inevitabil
d. Avort incomplet
e. Avort ratat

407. Un tânăr G2P1001 în vârstă de 27 de ani se prezintă la urgenţă cu spotting vaginal. Ea raportează crampe abdominale ocazionale asociate cu sângerare, fără trecerea produsului fetal, cu aproximativ 6 ore înainte de prezentare. Momentan este în primul trimestru de sarcină şi raportează că sarcina ei anterioară a fost necomplicată. Ea a respectat vitaminele ei prenatale şi nu raportează alte medicamente sau consumul de droguri. Elementele vitale ale ei sunt în limite normale şi examenul ei fizic este semnificativ pentru un orificiu cervical închis. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Placenta previa
b. Avortul inevitabil
c. Avort complet
d. Avortul septic
e. Ameninţarea cu avortul

408. O femeie de 28 de ani se prezinta la urgenta cu flux menstrual abundent in ultimele 2 zile cu cheaguri. Ea raportează că foloseşte aproximativ două tampoane în fiecare oră. Pacienta afirmă că are ocazional metromenoragie în trecut şi a fost tratată cu contraceptive orale. Ea raportează simptome de senzaţie de ameţeală, dar neagă orice sincopă, palpitaţii, dureri în piept, dureri abdominale sau slăbiciune. Semnele ei vitale iniţiale includ HR de 96 de bătăi pe minut, TA de 135/70 mm Hg, RR de 14 respiraţii pe minut cu o saturaţie de oxigen de 99% în aerul camerei. La examenul fizic, pacientul este obez şi observaţi o linie pronunţată a părului. Care dintre următoarele condiţii este cel mai în concordanţă cu prezentarea acestui pacient?

a. Sarcina intrauterina
b. Ovarele polichistice
c. Sarcina extrauterina
d. Ruptura chistului folicular
e. Ruptura chistului de corpus luteum

409. O femeie de 22 de ani se prezintă la UR cu durere pelvină difuză şi sângerare vaginală. Ea raportează că este cam în acelaşi timp în care are în mod normal menstruaţia. Ea raportează, de asemenea, unele dureri cu defecare, dispareunie şi puncte de dismenoree în trecut. Pacienta afirmă că s-a simţit aşa înainte, dar că acum durerea s-a agravat şi este intolerabilă. Examenul ei fizic dezvăluie un abdomen moale cu zgomote intestinale normale, fără sensibilitate de rebound. Pacientul nu păzeşte şi nu există sensibilitate costovertebrală. Examinarea ei pelviană este semnificativă pentru sânge în bolta vaginală posterioară, un orificiu închis şi fără mase palpabile sau sensibilitate la mişcarea cervicală. Având în vedere istoricul şi examenul fizic al acestui pacient, care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Colica ureterale
b. Sarcina
c. Sarcina ectopică ruptă
d. Endometrioza
e. Apendicită

410. O femeie de 51 de ani se prezintă la urgenţă cu sângerare vaginală abundentă. Ea raportează că are sângerări de 12 zile consecutive. De asemenea,

raportează că a lipsit o menstruaţie în urmă cu 3 luni, cu o menstruaţie care a urmat despre care ea spune că a fost destul de grea. Ea neagă să aibă bufeuri, uscăciune vaginală, transpiraţii nocturne sau modificări ale greutăţii. Pacienta neagă în continuare orice durere abdominală sau de spate, sincopă, palpitaţii, dar afirmă că recent se simte adesea ameţită şi nu îşi poate desfăşura activităţile normale ale vieţii de zi cu zi. Semnele ei vitale iniţiale includ HR de 110 bătăi pe minut, TA de 140/88 mm Hg, RR de 18 respiraţii pe minut cu o saturaţie de oxigen de 98% în aerul camerei. La examenul fizic, ea pare palidă, cu un abdomen lipsit de sensibilitate şi piele caldă. Examenul ei pelvian dezvăluie cheaguri de sânge în bolta vaginală cu un orificiu închis, un uter mărit şi nicio sensibilitate anexală. Se efectuează o ecografie care nu prezintă anomalii. Care dintre următoarele teste de diagnostic este cel mai potrivit pentru acest pacient?

a. Biopsie endometrială
b. Studiu de terapie hormonală
c. Examen laparoscopic
d. Dilatare şi chiuretaj
e. Histerectomie şi salpingectomie

411. Un tânăr G1P0010 în vârstă de 29 de ani se prezintă la urgenţă cu durere ascuţită, pe partea dreaptă, cu debut acut, asociată cu greaţă. Durerea a început cu aproximativ 1 oră înainte de sosire. Ea neagă orice febră, hematurie, vărsături, schimbare a obiceiului intestinal sau contacte bolnave. Nu-şi poate aminti ultima menstruaţie în acest moment. Pacienta este febrilă şi vitalele ei sunt în limite normale pe măsură ce începeţi examinarea fizică, care dezvăluie un abdomen moale, cu sensibilitate uşoară difuză la palpare fără rebound. Pacientul are dureri deosebite în flancul drept. O scufundare iniţială în urină este negativă. Având în vedere informaţiile pe care le aveţi până acum, care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Apendicită
b. PID
c. Sarcina extrauterina
d. Piatra ureterală
e. Diverticulita

412. O tânără G1P0 în vârstă de 23 de ani se prezintă la urgenţă cu spotting

vaginal care a început mai devreme în cursul zilei. Ea neagă orice durere abdominală, traumă, disurie sau durere de spate. Semnele ei vitale inițiale includ HR de 90 de bătăi pe minut, TA de 125/60 mm Hg, RR de 14 respirații pe minut cu o saturație de oxigen de 99% în aerul camerei. Examenul ei pelvian este semnificativ pentru o cantitate mică de sânge în bolta vaginală posterioară și un orificiu închis. Pacientul nu are sensibilitate la examinarea bimanuală. Ea afirmă că este însărcinată în 6 săptămâni. Având în vedere prezentarea acestui pacient, care dintre următoarele teste auxiliare trebuie efectuate?

a. CBC
b. Panoul metabolic de bază
c. Panoul de coagulare
d. Tastați și ecran
e. Analiza urinei

413. Un G4P2103 în vârstă de 36 de ani se prezintă la urgență cu spotting vaginal în ultimele 2 zile. Ea raportează, de asemenea, crampe abdominale ocazionale și dureri de spate. Pacienta declară că este însărcinată în 4 luni. Ea neagă orice alte antecedente medicale sau probleme ginecologice. Semnele ei vitale inițiale includ HR de 89 de bătăi pe minut, TA de 144/70 mm Hg, RR de 15 respirații pe minut cu o saturație de oxigen de 98% în aerul camerei. Examenul ei pelvian dezvăluie un os închis. La examinarea cu ultrasunete se vizualizează o sarcină intrauterină; cu toate acestea, un HR fetal nu este detectat. Având în vedere simptomele acestui pacient și examenul fizic, care dintre următoarele este cel mai potrivit diagnostic?

a. Amenințarea cu avortul
b. Avort complet
c. Avort ratat
d. Avortul inevitabil
e. Avort incomplet

414. O femeie de 22 de ani se prezintă la urgență cu sângerare vaginală care a început mai devreme în acea zi. Ea raportează că ultima menstruație a avut loc acum 3 săptămâni. Ea neagă orice metromenoragie în trecut. La examinarea fizică, orificiul ei cervical este închis cu cheaguri în bolta vaginală posterioară. Nu există sensibilitate la mișcarea anexă sau cervicală. Are crampe abdominale ușoare, dar nu are dureri localizate. Testul ei de sarcina este negativ. Având în vedere prezentarea clinică a acestui pacient, care este cel mai probabil diagnosticul?

a. Amenințarea cu avortul
b. Fluxul menstrual normal
c. Sarcina extrauterina
d. Sângerare uterină disfuncțională
e. PID

415. O tânără G1P1001 în vârstă de 26 de ani se prezintă la urgență cu spotting vaginal în ultimele 3 zile cu dureri pelvine ocazionale pe partea stângă. Examenul ei fizic include un orificiu cervical închis, sânge redus în bolta vaginală cu sensibilitate anexă stângă. Având în vedere istoricul și examenul fizic al acestei paciente, bănuiți o sarcină extrauterină. Pe lângă un Ș -hCG cantitativ, care dintre următoarele teste de laborator se poate dovedi de ajutor în evaluarea acestui pacient?

a. Nivelul de estrogen
b. Nivelul hormonului foliculostimulant (FSH).
c. Nivelul de tirotropină (TSH).
d. Nivelul de progesteron
e. CBC

416. O femeie de 30 de ani, fără sarcini anterioare, se prezintă la UR cu durere pelvină difuză și spotting vaginal. Următoarea ecografie transvaginală este efectuată și prezentată mai jos. Care este nivelul minim de Ș -hCG necesar pentru a obține această imagine ecografică?

(Reprodus, cu permisiunea, de la Knoop KJ, Stack LB, Storrow AB. Atlas of Emergency Med icine . *New York, NY: McGraw-Hill, 2002:645.) (Prin amabilitatea lui Michael J. Lambert, MD, RDMS.)*

a. 1000 mIU/mL
b. 950 mUI/mL
c. 1500 mUI/mL
d. 4000 mIU/mL
e. 6500 mUI/mL

417. Un G2P1001 în vârstă de 32 de ani se prezintă la urgenţă cu dureri abdominale severe şi sângerare vaginală. Ea relatează că în prezent este în al treilea trimestru de sarcină şi că a fost diagnosticată şi tratată pentru preeclampsie. Valorile vitale ale ei sunt semnificative pentru o TA de 195/100 mm Hg. La examinarea fizică, abdomenul ei este întins şi greu la atingere. Având în vedere istoricul şi examenul fizic al acestui pacient, ce intervenţie urgentă este cea mai potrivită?

a. Ultrasunete
b. Examen pelvin
c. Tocolitice
d. Transfuzie de sânge
e. Monitorizare maternă/fetală cu posibilă naştere

418. O tânără G3P2002 în vârstă de 33 de ani se prezintă la urgenţă plângându-se de sângerare vaginală care a început mai devreme în cursul zilei. Ea a trecut prin două tampoane în ultimele 12 ore. Ea descrie o uşoară durere abdominală inferioară. TA este de 105/75 mm Hg, HR este de 78 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,9 ° F şi RR este de 14 respiraţii pe minut. Examenul pelvin

dezvăluie sânge cheagulat în bolta vaginală cu orificiul cervical închis. Ecografia transvaginala documenteaza o sarcina intrauterina. Care dintre următoarele este diagnosticul corect?

a. Sarcina embrionară
b. Avort complet
c. Avort incomplet
d. Avortul inevitabil
e. Amenințarea cu avortul

419. O tânără de 28 de ani, G2P0010, se prezintă la urgență, declarând că este însărcinată și are pete vaginale de sânge. Examenul pelvin evidențiază sânge în bolta vaginală, dar fără sângerare activă și orificiu intern închis. Ecografia transvaginala releva o sarcina intrauterina in concordanta cu o varsta gestationala de 11 saptamani. TA este de 130/75 mm Hg, HR este de 82 de bătăi pe minut, temperatura este de 99,1 ° F și RR este de 16 respirații pe minut. Rezultatele de laborator relevă un WBC 10.500/ p L, hematocrit 40%, trombocite 225/ p L. Are grupa sanguină B, Rh negativ. Care dintre următoarele este cea mai potrivită intervenție înainte de externarea pacientului din UR?

a. Se administrează 50 pg de imunoglobulină anti-D.
b. Se administrează 2 g sulfat de magneziu pentru a preveni eclampsia.
c. Se administreaza penicilina G pentru a preveni corioamnionita.
d. Se administrează sulfat feros pentru a preveni anemie.
e. Administrați globule roșii împachetate pentru a crește volumul sanguin.

Sângerare vaginală

Răspunsuri

399. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp. 228-229.)* A Ș -hCG ar trebui să fie unul dintre primele teste auxiliare luate în considerare la o pacientă care prezintă sângerare vaginală, indiferent de istoricul sexual, contraceptiv și menstrual. În plus față de testul calitativ de urină inițial și în timp util, se justifică un Ș -hCG seric de urmărire dacă este pozitiv. Pacienții care prezintă aceste simptome și un Ș -hCG pozitiv au nevoie de monitorizare pentru repetarea testelor pentru a verifica nivelurile de tendință. Determinarea dacă o pacientă este însărcinată poate ajuta, de asemenea, să distingem dacă, de exemplu, cauza emergentă a sângerării acestei paciente este o sarcină ectopică față de o leziune patologică cervicală.

Deși un tip și un screening **(a)** pot fi necesare la pacienții cu sângerare vaginală severă care provoacă instabilitate hemodinamică, această pacientă este în prezent stabilă. Cu toate acestea, este indicat un tip și un ecran dacă această pacientă este gravidă pentru a determina starea Rh. Un panou de coagulare **(b)** poate fi luat în considerare mai târziu pentru a determina dacă sângerarea vaginală este indusă de afecțiuni precum boala von Willebrand, o cauză relativ comună a menoragiei. Un CBC **(d)** poate fi, de asemenea, util în distingerea unor afecțiuni precum purpura trombocitopenie idiopatică. Amintiți-vă că cea mai importantă întrebare la care trebuie să răspundeți inițial este dacă această pacientă este însărcinată.

400. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp 226-231.)* Această pacientă are un factor de risc semnificativ pentru a avea o **sarcină ectopică.** Ligaturile trompelor cresc probabilitatea unei sarcini extrauterine, oferind o ieșire pentru implantarea necorespunzătoare a unui embrion în cavitatea abdominală sau undeva în afara uterului. Implantarea are loc cel mai frecvent în trompele uterine, 95% din timp. Din nou, o Ș -hCG este crucială în stadiile inițiale ale analizei acestui pacient. Într-o sarcină normală, Ș -hCG se dublează la fiecare 2 zile și de obicei crește doar cu două treimi în sarcinile extrauterine. Nivelurile de progesteron diferă și ele și pot fi de ajutor. O ecografie transvaginală este, de asemenea, justificată pentru a determina dimensiunea și localizarea ectopicului și a oricărui fluid liber asociat care indică ruptura. Nivelurile Ș -hCG dictează dacă trebuie utilizată o abordare transvaginală (> 1500 mUI/ml) sau transabdominală (> 6500 mUI/ml).

Ectopicele mai mici, nerupte, pot fi tratate cu metotrexat.

Cu toate acestea, acest pacient este compromis hemodinamic şi cel mai probabil s-a rupt. Intervenţia chirurgicală este justificată în aceste cazuri. Pacienţii cu sarcini extrauterine pot prezenta şi dureri de spate sau de flanc, sincopă sau peritonită în cazurile cu hemoragie abdominală semnificativă. Factorii de risc includ, de asemenea, ectopice anterioare, dispozitive intrauterine, BIP, boli cu transmitere sexuală (BTS), fertilizare in vitro şi avort electiv recent. Incidenţa - unei sarcini heterotopice coexistente este de aproximativ 1/30.000, dar creşte la 1/8000 la femeile care iau medicamente pentru fertilitate.

Atât afecţiunile gastrointestinale (GI) cât şi cele ginecologice ar trebui incluse în diagnosticul diferenţial al femeilor care prezintă dureri abdominale, iar apendicita **(a)** este adesea în fruntea listei. Cu toate acestea, probabilitatea sa este redusă de sângerarea vaginală asociată. BIP **(b)** se prezintă adesea cu dureri pelvine treptate şi secreţii cu alte semne sistemice de etiologie infecţioasă, cum ar fi febra. Placenta previa **(c)** se prezintă de obicei cu sângerare vaginală **nedureroasă** în al doilea trimestru. Abruptio placentae **(e)** apare şi în al doilea sau al treilea trimestru şi este **dureroasă.**

401. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp. 230-231.)* **Ruptura uterină** se prezintă ca durere uterină fără contracţie şi sângerare vaginală. Este cel mai răspândită la femeile care au avut o operaţie anterioară de cezariană, au consumat recent cocaină sau prostaglandine. **Cocaina** provoacă vasoconstricţie extremă care compromite fluxul de sânge către uter şi făt provocând ţesut friabil şi necrotic, care este predispus la ruptură. Aceasta este o urgenţă obstetrică care necesită intervenţie chirurgicală pentru stabilizarea atât a mamei, cât şi a copilului.

Contracţiile normale **(b)** pot fi observate şi în acest moment, cu toate acestea, ele sunt mai frecvent observate cu o înălţime a fundului coborâtă pe măsură ce fătul avansează în canalul vaginal. Placenta accreta **(c)** este de obicei **nedureroasă** şi asociată cu sângerări vaginale intense, de culoare roşie aprinsă. Este cauzată de un plan de clivaj placentar indistinct şi observată în eliberarea placentei în sine. Sângerarea vaginală poate fi observată cu membranele rupte ca în vasa previa **(d)** , cu toate acestea, aceasta este relativ **nedureroasă** şi rar întâlnită în cadrul ED. Chisturile ovariene rupte **(e)** ar trebui totuşi luate în considerare la pacienta gravidă şi, deşi acest lucru poate fi, de asemenea, dureros, este rareori sever şi alte cauze care pun viaţa în pericol ar trebui să fie mai sus în diagnosticul diferenţial. Caracteristica distinctivă la această pacientă este consumul ei de cocaină.

402. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp 230-231.)* **Placenta previa** este cea mai probabilă etiologie pentru **sângerarea vaginală a acestei paciente** , dat fiind că nu este **dureroasă.** Sângerarea este rareori severă şi examenul fizic este de obicei neremarcabil, cu excepţia unui uter gravid şi a sângelui roşu aprins în bolta vaginală. Examenele pelvine manuale şi cu speculum nu ar trebui făcute până când placenta previa poate fi exclusă cu ajutorul unei ecografii, care este adesea diagnostic. Ecografia transvaginala se poate face din cauza unghiului larg al sondei si a probabilitatii reduse de a patrunde in orificiul cervical. Apoi, examinarea vaginală poate fi efectuată cu conştientizarea faptului că poate fi necesară o intervenţie chirurgicală pentru a controla sângerarea. De asemenea, este important de remarcat stadiul sarcinii, dat fiind că sarcinile din primul trimestru includ mai frecvent avorturi spontane şi ectopice care se pot prezenta cu spotting vaginal.

Este important de subliniat importanţa prezentării pacientului în ceea ce priveşte sângerările vaginale **dureroase** sau **nedureroase .** Deşi alţi factori pot altera durerea, în general, este un instrument util pentru a ajuta la diferenţierea diagnosticului. Abruptio placentae **(c)** , ruptura uterină **(d)** şi torsiunea ovariană **(e)** sunt etiologii dureroase ale sângerării vaginale. Sarcina ectopică **(a)** este de obicei mai dureroasă după ruptură, dar se poate prezenta ca sângerare vaginală nedureroasă în primul trimestru.

403. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp. 230-231.)* Sângerarea postpartum este clasificată ca precoce, în decurs de 24 până la 48 de ore de la naştere, sau tardivă, până la 1 până la 2 săptămâni. Cauzele sângerării postpartum precoce includ **atonia uterină** (cea mai frecventă cauză), traumatismele tractului genital, reţinerea produselor de concepţie şi inversiunea uterină. Episoadele de sângerare tardivă pot fi cauzate de endometrită sau de produse reţinute ale concepţiei. Atonia uterină este frecventă după travaliu prelungit şi administrarea de oxitocină. Examenul fizic va dezvălui un uter moale şi sânge în bolta vaginală. Tratamentul consta in masaj bimanual si oxitocina intravenoasa (IV) pentru a stimula contractiile uterine. Alcaloizii din ergot pot fi administraţi în cazuri refractare.

Deşi traumatismul tractului genital **(a)** este o posibilă cauză a sângerării postpartum precoce, examenul fizic al acestei paciente nu a evidenţiat nicio laceraţie sau traumatism al mucoasei. După cum sa explicat mai sus, endometrita **(b)** este o manifestare ulterioară şi însoţită de lohie urât mirositoare, în plus faţă de un uter sensibil şi umflat. Acest pacient este febril şi nu a prezentat niciun semn sistemic de infecţie. Sarcina ectopică **(d)** este extrem de puţin probabilă, având în vedere istoricul recent al acestei paciente de naştere. Ruptura arterei uterine **(e)** este, de asemenea, puţin probabilă şi apare cel mai frecvent în

momentul naşterii, urmată de o perioadă de instabilitate hemodinamică extremă.

404. **Răspunsul este d.** *(Rosen, p. 2482.)* Sângerarea postpartum este clasificată ca precoce, în decurs de 24 până la 48 de ore de la naştere, sau tardivă, până la 1 până la 2 săptămâni. Cauzele sângerării timpurii postpartum includ atonia uterină, traumatismele tractului genital, reţinerea produselor de concepţie şi inversiunea uterină. Episoadele de sângerare tardivă pot fi cauzate de **endometrită** sau de produse reţinute ale concepţiei. Pacienţii cu endometrită prezintă cel mai adesea **febră, secreţii vaginale, stare generală de rău şi sângerare vaginală.** La examinarea pelvină, uterul va fi moale şi sensibil la atingere. Majoritatea infecţiilor sunt cauzate de flora vaginală normală, cum ar fi anaerobii, enterococii şi streptococii. Pacienţii care nu răspund la terapia iniţială cu antibiotice pot justifica un spectru mai larg de acoperire şi trebuie să fie evaluaţi în continuare pentru un abces pelvin sau boflebită trom pelvină.

Atonia uterină **(a)** şi inversiunea uterină **(c)** sunt cauze anterioare ale sângerării postpartum. Deşi reţinerea produselor de concepţie **(b)** este o posibilitate la această pacientă, prezentarea ei este mai probabil să fie infecţioasă. Torsiunea tubo-ovariană **(e)** este puţin probabilă având în vedere că examenul fizic al pacientului nu a evidenţiat niciun semn peritoneal. Tabloul clinic al acestui pacient este în concordanţă cu o etiologie infecţioasă. Dacă nu este găsit un proces ginecologic, trebuie excluse alte cauze de infecţie, inclusiv apendicita.

405. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp 2419-2420.)* Pacienţii care prezintă o **sarcină molară** au de obicei greaţă şi vărsături severe, un uter mai mare decât era de aşteptat pentru curmale, sângerare vaginală intermitentă sau trecerea conţinutului asemănător strugurilor şi hipertensiune arterială. Factorii de risc includ antecedente de sarcină molară şi vârste materne foarte tinere sau înaintate. De obicei, rezultatele de laborator relevă anemie pe un CBC, Ș -hCG mai mare decât era de aşteptat şi o ecografie care arată material ecogen intrauterin. Tratamentul include dilatarea şi chiuretajul cu monitorizare şi evaluare viitoare pentru dezvoltarea coriocarcinomului **.**

Sarcina ectopică **(a)** poate fi exclusă cu evaluarea ecografică. Torsiunea ovariană **(c)** poate fi, de asemenea, exclusă având în vedere sonograma care ar arăta un flux Doppler bun la ambele ovare. Abruptio placentae **(d)** este puţin probabil, având în vedere stadiul incipient al acestei sarcini. Hyperemesis gravidarum **(e)** este un sindrom de greaţă şi vărsături insolubile care apare la începutul sarcinii, dar în general nu este asociat cu modificări semnificative ale semnelor vitale sau constatări anormale la ultrasunete.

406. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp 2413-2416.)* **Avorturile inevitabile** sunt

diagnosticate în **sângerările din primul trimestru** cu **orificiul cervical deschis,** dar **fără trecerea produselor fetale.** Determinarea dacă orificiul intern este deschis este adesea înşelătoare şi confundată cu orificiul extern în mod normal destins. Este definit ca deschis atunci când se poate plasa mai mult de un vârf de deget în colul uterin. În aceste cazuri, se justifică dilatarea şi chiuretajul cu evacuarea completă a sarcinii. Imunizarea Rh poate fi necesară şi în funcţie de starea pacientului; prin urmare, ar trebui să se obţină un tip şi un ecran. Sângerările vaginale din primul trimestru apar în aproximativ 40% dintre sarcini, aproximativ jumătate dintre acestea ducând în cele din urmă la avorturi spontane.

Ameninţarea de avort **(a)** este definită de sângerare vaginală în primul trimestru, orificiu cervical închis şi nicio trecere a ţesutului fetal în urma anamnezei sau a examinării. Un Ş-hCG şi o ecografie sunt necesare pentru a confirma o sarcină intrauterină şi pentru a ajuta la excluderea unei sarcini ectopice. De multe ori, va fi prea devreme în sarcină pentru a vedea fie la evaluarea cu ultrasunete. Aceşti pacienţi trebuie urmăriţi îndeaproape pentru repetarea Ş-hCG şi ecografie în decurs de 24 până la 48 de ore. Pacienţilor trebuie să li se acorde măsuri de precauţie pentru sângerare la externarea din UR, având în vedere că sunt în stare stabilă. Aceasta include repaus la pat timp de 24 de ore şi evitarea actului sexual, a tampoanelor şi a dusurilor de duş până când sângerarea se opreşte. Avorturile complete **(b)** sunt definite prin trecerea completă a produselor fetale şi a placentei. Aceşti pacienţi necesită tratament de susţinere, dilatare şi chiuretaj pentru îndepărtarea tuturor produselor potenţial reţinute de concepţie şi profilaxia Rh. Avorturile incomplete **(d)** sunt definite prin trecerea parţială a produselor fetale cu orificiul cervical deschis. Dilatarea şi chiuretajul şi profilaxia Rh sunt, de asemenea, justificate. Un avort ratat **(e)** este reţinerea produselor fetale neviabile pentru o perioadă de timp după ce a avut loc avortul. Acest lucru poate evolua către avort spontan cu expulzare sau poate necesita o dilatare şi chiuretaj pentru îndepărtare.

407. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp 2413-2416.)* Având în vedere că acest pacient are un **orificiu cervical închis,** fără **antecedente de trecere a ţesuturilor,** cel mai probabil este un **avort ameninţat.** Această pacientă va avea nevoie de ecografie suplimentară şi evaluare Ş-hCG în 1 până la 2 zile pentru a urmări sarcina Nivelurile de progesteron pot, de asemenea, ajuta la distingerea unei sarcini ectopice. De asemenea, trebuie luate măsuri de precauţie adecvate pentru sângerare şi trebuie determinat un status Rh.

Placenta previa **(a)** este puţin probabilă având în vedere stadiul incipient al sarcinii. Un avort inevitabil **(b)** implică un orificiu cervical deschis. Într-un avort complet

(c) , se poate observa un orificiu cervical închis, dar există şi o istorie a

trecerii ţesutului fetal. Un avort septic **(d)** este definit ca o infecţie uterină în orice moment al unui avort. Pacienţii prezintă sângerări vaginale şi dureri de crampe cu febră şi secreţii cervicale purulente. Evacuarea promptă este justificată în aceste cazuri împreună cu iniţierea profilaxiei cu antibiotice şi Rh.

408. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp. 219-224.)* Această pacientă prezintă semne de hiperandrogenism şi anovulaţie, aşa cum este evidenţiată de istoricul ei de menstruaţii neregulate, grele şi tratată cu contraceptive orale. Examenul ei fizic este în concordanţă cu hirsutismul, care este rezultatul creşterii testosteronului seric. Mulţi dintre aceşti pacienţi sunt şi obezi. Din aceste motive, **sindromul ovarian polichistic** este cel mai probabil motiv pentru simptomele acestei paciente.

Sarcina intrauterină şi ectopică **(a şi c)** trebuie întotdeauna exclusă cu un Ș -hCG. Chisturile foliculare **(d)** sunt foarte frecvente şi apar de obicei în primele 2 săptămâni ale ciclului menstrual. Durerea este secundară întinderii capsulei şi ruperii chistului. Chisturile foliculare se rezolvă de obicei în 1 până la 3 luni şi nu duc la sângerare. Chisturile corpus luteum **(e)** apar în ultimele 2 săptămâni ale ciclului menstrual şi sunt mai puţin frecvente. Poate apărea sângerare în capsulă, dar aceste chisturi regresează de obicei la sfârşitul ciclului menstrual. În general, chisturile sunt de obicei asimptomatice, cu excepţia cazului în care sunt complicate de ruptură, torsiune sau hemoragie. Ecografia este modul preferat de imagistică.

409. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp. 219-224.)* **Endometrioza** este definită de prezenţa glandelor endometriale şi a ţesutului în afara mucoasei uterului. Acest ţesut poate fi prezent pe ovare, trompe uterine, vezică urinară, rect, apendice sau alt ţesut gastro-intestinal. Există multe ipoteze diferite cu privire la modul în care se formează acest ţesut ectopic, cea mai frecvent acceptată fiind „menstruaţia retrogradă". Durerea apare cel mai frecvent înainte sau la începutul menstruaţiei. Alte simptome care indică implantarea şi activarea endometrială ectopică includ dispareunia şi problemele de defecare . Suspiciunile clinice pot fi confirmate doar prin vizualizare directă prin **laparoscopie.** Tratamentul include analgezie pentru episoadele acute şi terapie hormonală pentru suprimarea ciclului menstrual normal, astfel încât ţesutul endometrial să poată fi desprins în timpul menstruaţiei. Intervenţia chirurgicală este luată pentru acele cazuri care sunt cu adevărat refractare la aceste tratamente.

Colica ureterală **(a)** este puţin probabilă având în vedere lipsa sensibilităţii flancurilor, disurie şi antecedente de calculi. Obţinerea unei analize de urină va fi complicată de prezenţa sângelui menstrual. Din nou, sarcina **(b)** şi, prin urmare, ectopicele **(c)** ar trebui întotdeauna excluse cu un Ș -hCG rapid şi uşor. Probabilitatea de apariţie a apendicitei **(e)** este scăzută având în vedere că

examenul abdominal al acestui pacient este neremarcabil.

410. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp. 219-224.)* Ciclul menstrual constă dintr-o fază foliculară şi o fază luteală. Faza foliculară sau proliferativă începe în prima zi a menstruaţiei şi continuă până la ovulaţie, după care începe faza luteală sau secretorie. În timpul fazei foliculare, glandele endometriale se formează sub influenţele estrogenului, în primul rând estradiol. În faza luteală, estrogenul este încă prezent, dar progesteronul preia controlul şi este responsabil în principal de secreţia endometrială şi pregăteşte mucoasa uterului pentru implantare. Faza luteală se caracterizează printr-o temperatură crescută a corpului şi edem stromal. Atunci când implantarea nu are loc, apar menstruaţii ca urmare a scăderii nivelului hormonal, care provoacă înfăşurarea şi constrângerea arterelor endometriale. O Ș -hCG crescută menţine corpul galben. **Sângerarea uterină disfuncţională (DUB)** este orice anomalie în modelul regulat de sângerare al ciclului menstrual, iar anovulaţia este cauza obişnuită. Acesta este eşecul ovarelor de a secreta un ovul, ceea ce previne astfel luteinizarea. Fără progesteron, endometrul proliferează . Acest lucru poate duce la hiperplazia endometrială, care creşte riscul de carcinom. Alte cauze ale simptomelor DUB includ fibromul uterin, polipii uterini, traumatismele tractului genital, estrogenii exogeni, disfuncţia axei endocrine şi tulburările de sângerare. Menopauza apare în medie la vârsta de 51,5 ani. Având în vedere că această femeie este aproape de această vârstă, acesta ar putea fi şi simptome de perimenopauză. Nivelurile hormonale pot fi verificate pentru a vedea dacă scad. Cu toate acestea, carcinomul endometrial se poate prezenta într-un mod similar şi trebuie exclus cu o **biopsie endometrială.**

Terapia hormonală **(b)** nu trebuie utilizată la această pacientă, dat fiind că este mai în vârstă şi acest lucru îi poate creşte şansele de hiperplazie endometrială. Dilatarea şi chiuretajul **(d)** nu sunt justificate, având în vedere că nu are încă un diagnostic. Orice intervenţie chirurgicală, **(c şi e)** trebuie menţinută până la efectuarea unei biopsii.

411. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp. 226-231.)* Este foarte important să subliniem posibilitatea ca orice femelă fertilă să fie însărcinată până când se dovedeşte contrariul. Obţinerea unei Ș -hCG de urină împreună cu o ecografie ar putea salva viaţa pacientului dvs., deoarece se fac alte teste şi consultaţii esenţiale. În acest caz de **sarcină ectopică ruptă**, prezentarea este atipică dar se poate spune că este în esenţă tipică ectopicelor. Acestea sunt, prin natura lor, implanturi care pot apărea oriunde în cavitatea abdominală. Prin urmare, este imperativ să păstraţi acest diagnostic care pune viaţa în pericol în vârful diferenţialului dvs.

Apendicita **(a)** este puţin probabilă având în vedere examinarea şi temperatura acestui pacient . Acest pacient nu are niciunul dintre semnele pentru

PID **(b)** sau orice modificări ale obiceiurilor intestinale care ar sugera diverticulită **(e).** Acest scenariu clinic este provocator în sensul că sarcina ectopică imită o boală foarte dureroasă, deşi nu pune viaţa în pericol, cum ar fi o piatră ureterală **(d).** Este important să se ţină cont de testele negative, ca la scufundarea în urină, precum şi de cele pozitive pentru a îngusta diagnosticul. Acestea pot fi dificile, deoarece unele pietre obstrucţionează şi provoacă hematurie.

412. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp. 228-229.)* La orice pacientă care este **însărcinată** cu **sângerare vaginală,** este imperativ să se obţină un tip şi un screening pentru a identifica **statusul Rh** al pacientului. Izoimunizarea Rhesus este o tulburare imunologică care afectează mamele Rh negative ale fetuşilor Rh pozitiv. Orice expunere maternă transplacentară la celule sanguine Rh pozitive fetale poate iniţia acest lucru, indiferent dacă originea sa este traumatică sau nu. Expunerea iniţială duce la sensibilizarea primară şi producerea de anticorpi. În sarcinile ulterioare, aceşti anticorpi materni pot traversa apoi placenta şi pot ataca celulele sanguine Rh pozitive fetale. Prevenirea poate fi realizată prin administrarea RhoGAM tuturor mamelor care sunt Rh-negative. Administrarea imunoglobulinei poate fi administrată profilactic la 28 de săptămâni sau în momentul expunerii mamei.
(a) Un CBC ar fi necesar dacă pacientul a descris sângerare crescută sau a avut semne de anemie sau hipovolemie (de exemplu, dificultăţi de respiraţie, ameţeli). **(b)** Un panou metabolic de bază nu adaugă nicio informaţie cu privire la prezentarea acestui pacient . **(c)** Un panou de coagulare ar fi util dacă aţi suspectat o tulburare de sângerare sau dacă pacientul avea hemoragie. **(e)** Pacientul nu prezintă semne sau simptome ale unei infecţii ale tractului urinar.

413. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp. 2413-2416.)* Această pacientă prezintă **sângerare vaginală** şi un **os închis,** ceea ce restrânge diagnosticul fie la avort ameninţat, complet, fie ratat. Examenul cu ultrasunete relevă o **sarcină intrauterină** care este încă prezentă **fără HR fetală,** ceea ce confirmă **avortul ratat.** O dilatare şi chiuretaj şi profilaxia Rh sunt justificate pentru a preveni infecţiile ulterioare şi coagulopatia.

(a) O ameninţare de avort este definită ca orice sângerare vaginală cu orificiu închis şi fără trecere de ţesut fetal, în primele 20 de săptămâni de gestaţie. **(b)** Un avort complet este trecerea produselor fetale şi a placentei. **(d)** Un avort inevitabil este sângerarea vaginală cu un orificiu cervical deschis, dar fără trecerea produselor fetale. **(e)** Un avort incomplet este trecerea produselor fetale, de obicei între 6 şi 15 săptămâni de gestaţie.

414. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp. 219-224.)* Este important să ne amintim că

uneori pacienţii vin la UR cu afecţiuni benigne sau normale în care educaţia şi consilierea sunt tratamentele de elecţie.

În acest caz, este adevărat că fluxul ei menstrual este precoce, dar o apariţie unică nu dă diagnosticul de sângerare uterină disfuncţională.

(d) sau endometrioza. Dacă această pacientă a avut antecedente de sângerare înainte de ziua prezentării, ar trebui investigat un avort complet. Având în vedere Ș -hCG negativă , o sarcină extrauterină **(c)** sau ameninţarea de avort **(a)** poate fi exclusă. PID **(e)** se prezintă cu febră, dureri abdominale, secreţii vaginale purulente şi un istoric pozitiv de BTS, nu sângerare vaginală.

415. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp. 228-229.)* **Nivelurile de progesteron** pot fi utile în distingerea sarcinilor ectopice. Un nivel de < 5 ng/mL este foarte sugestiv pentru o sarcină ectopică, având în vedere că uterul ar putea să nu poată duce sarcina. Nivelurile mai mari indică faptul că implantarea embrionului în interiorul uterului este mai probabilă.

Nivelurile de estrogen **(a)** şi FSH **(b)** se pot dovedi utile pentru a distinge simptomele menopauzei sau pentru a ajuta femeile infertile. Nivelurile TSH **(c)** sunt utile atunci când se ajunge la un diagnostic la femeile cu flux menstrual neregulat. Un CBC
(e) nu este justificat dat fiind că acest pacient nu are hemoragie. Trebuie efectuate un tip şi un ecran pentru a determina starea Rh.

416. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp 226-231.)* Având în vedere că este vorba de o ecografie transvaginală, pragul de vizualizare a unei sarcini este mai mic decât abordul transabdominal (Ș -hCG > 6500 mIU/mL). O ecografie transvaginală poate identifica de obicei un sac gestaţional atunci când Ș -hCG > 1000 mIU/mL şi sacul vitelin atunci când Ș -hCG > 2500 mIU/mL.

417. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp. 230-231.)* Există o mare probabilitate ca această pacientă să sufere de o ruptură uterină sau de desprindere a placentei. **Monitorizarea** ar trebui să fie instilată imediat cu **pregătirea pentru livrare.** Consultaţia obstetricală de urgenţă este justificată pentru reparaţie şi posibilă operaţie cezariană. Factorii de risc includ trauma, hipertensiunea arterială, consumul de droguri recreaţionale, fumatul, multiparitatea şi vârsta maternă avansată.

Ecografia **(a)** nu este utilă în aceste cazuri, dat fiind că acesta este în principal un diagnostic clinic. Tocoliticele **(c)** nu trebuie administrate pentru a preveni naşterea, deoarece acesta este adesea tratamentul de elecţie. În cazurile de compromis hemodinamic ca urmare a pierderii excesive de sânge, sunt indicate

transfuziile de sânge **(d) .** Un tip şi o potrivire încrucişată ar trebui făcute în acest caz în pregătirea unei astfel de intervenţii . Se poate face o scurtă examinare externă pentru a examina sângerarea vaginală, dar o examinare pelviană completă **(b)** nu este justificată, deoarece poate agrava sângerarea.

418. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp 2413-2415.)* În cazul **ameninţării de avort,** pacienta are sângerare vaginală cu orificiu intern închis în primele 20 de săptămâni de gestaţie. Riscul de avort spontan este de aproximativ 35% până la 50%, în funcţie de populaţia de pacienţi şi de severitatea simptomelor.

(a) Sarcina anembrionară este termenul folosit pentru ceea ce a fost descris ca un avort ratat, care se referea la eşecul clinic al creşterii uterului în timp. Acum se ştie că moartea fătului are loc cu săptămâni înainte de simptomele avortului spontan, iar ultrasunetele sunt capabile să diagnosticheze moartea fătului. **(b)** Avortul complet are loc atunci când uterul a expulzat tot materialul fetal şi placentar, orificiul este închis şi uterul este contractat. Acest diagnostic trebuie pus doar după o dilatare şi chiuretaj cu confirmare patologică a produselor gestaţionale sau printr-o conversie a Ş -hCG la 0 mIU/mL), care poate dura până la 4 săptămâni. **(c)** Avortul incomplet este un termen folosit pentru a descrie produsele de concepţie care sunt prezente la nivelul orificiului sau canalului vaginal. **(d)** Avortul inevitabil este termenul folosit pentru a descrie sângerarea vaginală cu un orificiu intern deschis, dar fără produse ale concepţiei vizualizate.

4 19. **Răspunsul este a.** *(Rosen, p. 2415.)* **Izoimunizarea Rh** apare atunci când o femeie Rh negativ este expusă la sânge Rh pozitiv în timpul sarcinii sau al naşterii. Expunerea iniţială duce la o sensibilizare primară cu producerea de anticorpi imunoglobuline M. Un pacient cu ameninţare de avort, care are sânge Rh negativ, prezintă un risc crescut de izoimunizare Rh şi, prin urmare, ar trebui să primească **imunoglobuline anti-D.** O doză de 50 pg este utilizată în primul trimestru şi o doză de 300 pg după primul trimestru.

(b) Eclampsia este un sindrom de hipertensiune arterială, proteinurie, edem generalizat şi convulsii care apare de obicei după al doilea trimestru de sarcină . **(c)** Corioamnionita este o infecţie a membranei corioamniotice. Pacienţii însărcinate după 16 săptămâni prezintă febră şi sensibilitate uterină. **(d)** Sulfatul feros este folosit ca supliment pentru a ajuta la tratarea anemiei. Acest pacient nu este anemic. **(e)** Acest pacient nu necesită o transfuzie de sânge; TA este normală şi hematocritul este normal.

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

Expunerile la mediu

Întrebări

420. *Un* bărbat de 58 de ani se prezintă la serviciul de urgenţă (UR) cu formarea de vezicule la ambele picioare, care a început iniţial acum 2 zile. El neagă orice antecedente medicale, medicamente sau alergii. Istoricul său social este semnificativ pentru dependenţa de alcool şi a devenit recent fără domiciliu. El neagă orice contact bolnav sau călătorie recentă. La examinarea fizică, aceste leziuni sunt pline cu lichid, iar picioarele lui sunt extrem de cianotice şi sensibile la atingere. Piciorul lui este prezentat mai jos. Care este diagnosticul cel mai probabil la acest pacient?

(Reprodus, cu permisiune, din Knoop KJ, Stack LB, Storrow AB. Atlas of Emergency Medicine . *NewYork, NY:McGraw-Hill, 2002:517.)*

a. Gelenii
b. Degerături
c. Picior de şanţ
d. Arsura termică
e. Herpes

421. O femeie diabetică insulinodependentă în vârstă de 43 de ani prezintă în ultimele câteva zile o erupţie cutanată intens pruriginoasă pe spate. Ea relatează o excursie recentă în Caraibe cu familia ei săptămâna trecută, niciunul dintre ei nu are simptome similare. Ea neagă orice muşcături de insecte, detergenţi noi, săpunuri sau haine şi, altfel, a fost la baza ei de sănătate, fără simptome constituţionale. Pacienta este pe insulină glargin pentru diabet zaharat şi raportează o hemoglobină A1C < 7 mg/dL. La examenul fizic, pacientul prezintă mici leziuni veziculoase pe bază eritematoasă fără purulenţă vizibilă. Erupţia nu urmează o distribuţie a dermatomului şi este grupată pe spatele ei. Care dintre următoarele este cea mai potrivită alegere de tratament pentru acest pacient?

a. Loţiune de calamină
b. Aciclovir
c. Loţiune cu clorhexidină
d. Benadryl
e. Antibiotice parenterale

422. Un bărbat de 32 de ani, altfel sănătos, dezvoltă ameţeli, greaţă şi confuzie după ce a alergat la o cursă. Serviciile medicale de urgenţă (EMS) sunt - disponibile la faţa locului şi pacientului i se administrează fluide intravenoase (IV). Este orientat spre persoană şi timp, dar nu spre loc. El pare în general confuz şi este dificil să obţii informaţii de contact de la el. Pacientul este adus la UR, după care simptomele sale se rezolvă în general, cu excepţia oboselii musculare difuze. În acest moment sunt efectuate teste de laborator, care sunt în esenţă normale, cu excepţia transaminazelor hepatice minim crescute. Având în vedere simptomele acestui pacient şi evaluarea de laborator, care este cel mai probabil diagnosticul?

a. Sincopa de căldură
b. Edem termic
c. rabdomioliză
d. Insolaţie
e. Epuizare de căldură

423. Un bărbat de 42 de ani se prezintă la urgenţă după ce a suferit un şoc electric când schimba o priză de perete. Pacientul se plânge de durere în degetul care a fost şocat. Inspecţia vizuală evidenţiază eritem localizat la vârful distal, dar reumplere capilară bună, pulsuri 2 + radiale şi ulnare şi gamă completă de mişcare a mâinii şi a extremităţii respective. Auscultaţia toracică relevă un S_{1} şi $S_{2\ normal}$ cu sunete respiratorii clare şi egale bilateral. Nu există alte semne de traumă. Ce test de diagnostic ar trebui efectuat în continuare în evaluarea completă a acestui pacient?

a. Analiza urinei
b. Panoul metabolic de bază

c. Radiografie toracică
d. Electrocardiograma (ECG)
e. Doppler arterial

424. Un tânăr de 18 ani se prezintă la urgenţă cu dureri de picior drept şi umflături după ce a înotat pe o plajă locală. El relatează că a înotat în ocean, după care a simţit o înţepătură ascuţită în piciorul drept. La examenul fizic, nu există o deformare grosieră a extremităţii inferioare drepte şi există palpabile dorsal pedis şi puls tibial posterior. Există sensibilitate la palpare peste gambele laterale cu multe leziuni punctuale, eritematoase, după cum se vede mai jos. Care dintre următoarele este cel mai potrivit tratament de alegere pentru acest pacient?

(Cu amabilitatea lui Corey Long, MD.)

a. Apă proaspătă
b. Ulei vegetal
c. Oţet
d. Pastă de dinţi
e. Detergent de uz casnic pentru geamuri

425. Un bărbat în vârstă de 49 de ani se prezintă la urgenţă cu durere, eritem şi umflături la antebraţul stâng după o scurgere de substanţe chimice suferite la locul de muncă. A irigat zona cu apă şi a aplicat un pachet rece înainte de a ajunge, dar afirmă că senzaţia de arsură la braţ este acum mai gravă. Pacientul lucrează într-o fabrică de sticlă şi raportează că foloseşte un agent de îndepărtare a ruginii. Ce tratament de economisire a ţesuturilor trebuie administrat de urgenţă?

a. Garou pentru membre
b. Gluconat de calciu
c. Alcalinizarea urinei
d. Unguent de sulfadiazină de argint
e. Debridare chirurgicală

426. Un muncitor în construcţii în vârstă de 23 de ani este adus cu ambulanţa la UR cu dureri bilaterale la genunchi. El relatează că a amestecat cimentul cu o zi înainte şi a îngenuncheat în timpul procesului. Pacientul afirmă că blugii lui au fost înmuiaţi aproape toată ziua, dar nu a încercat să spele cimentul. La examinarea fizică, vedeţi necroză tisulară marcată a ambilor genunchi care se extinde până la os în unele locuri. La ce substanţă chimică a fost cel mai probabil expus acest pacient?

a. Hydrocarbon
b. Phenol
c. Ammonia
d. Formic acid
e. Lime

427. O asistentă veterinară în vârstă de 40 de ani se prezintă la urgenţă cu răni puncătoare peste extremitatea superioară dreaptă şi gât. Ea raportează că a fost muşcată de mai multe ori de o pisică în îngrijirea ei, declarând, de asemenea, că imunizările pisicii erau la zi. Rănirea a fost suferită acum 2 zile cu simptome iniţiale minime. Cu toate acestea, astăzi pacientul a observat roşeaţă şi durere în acea zonă. Ea neagă orice febră, frisoane, greaţă, vărsături sau orice alte simptome constituţionale. Elementele vitale iniţiale includ o temperatură orală de 99,7 ° F, o frecvenţă cardiacă (HR) de 90 de bătăi pe minut, tensiune arterială (TA) de 125/75 mm Hg, frecvenţă respiratorie (RR) de 14 respiraţii pe minut şi o saturaţie de oxigen de 99% în aerul camerei. Peste gâtul lateral drept pot fi observate mai multe răni punctate, extinzându-se în jos până la deltoid, cu eritem şi edem înconjurător. Ce acoperire cu antibiotice pentru organismul specific implicat în acest tip de leziune ar fi cea mai potrivită?

a. O cefalosporină de prima generaţie/ *Staphylococcus aureus*
b. Amoxicilină/Clavulanat (Augmentin)/ *Pasteurella multocida*
c. *Clindamicina/Streptococcus* sp.
d. *S aureus* rezistent la vancomicină/meticilină
e. Bacitracin unguent/ *S aureus*

428. O femeie de 26 de ani se prezintă la urgenţă cu antecedente de vărsare de supă fierbinte peste braţul stâng mai devreme în cursul zilei. Ea afirmă că şi-a pus imediat mâna sub apă rece şi a aplicat gheaţă. La examinarea fizică, zona implicată acoperă dorsul mâinii ei şi se extinde până la mijlocul antebraţului fără implicare circumferenţială sau digitală. Ea poate flexa şi extinde liber toate articulaţiile acelei extremităţi superioare. În plus, în zona antebraţului sunt observate două bule mari umplute cu lichid. Care este gradul de ardere şi aria relativă de implicare la acest pacient?

a. gradul I/9%
b. gradul doi/9%
c. Gradul II/2,25%

d. Gradul al treilea/9%
e. Gradul al treilea/4,5%

429. Un bucătar de 60 de ani relatează că a vărsat ulei fierbinte peste coapsa stângă în timp ce încerca să scoată o tigaie de pe aragaz. El se prezintă la urgenţă cu eritem care se extinde peste coapsa stângă, fără formarea de vezicule sau implicare circumferenţială. Pacientul relatează că purta pantaloni groşi la momentul accidentului pe care i-a scos rapid şi a irigat prompt zona cu apă. Nu există alte semne de rănire. Care este gradul de ardere şi aria relativă de implicare la acest pacient?
a. gradul I/9%
b. gradul I/4,5%
c. Gradul II/2,25%
d. gradul doi/9%
e. Gradul al treilea/4,5%

430. Sunteţi medicul care lucrează la o clinică din Munţii Stâncoşi, când un bărbat alpinist de 29 de ani prezintă greaţă, vărsături şi ameţeli. După examinarea sistemelor, el neagă febra, tusea, durerea abdominală sau disuria, dar raportează anorexie şi unele umflături ale gleznelor. Ce diuretic este medicamentul de elecţie la acest pacient?
a. Furosemid
b. Hidroclorotiazidă
c. Bumetanida
d. Fosinopril
e. Acetazolamidă

431. O femeie scafandră în vârstă de 25 de ani se prezintă la ED cu mai multe zone de durere articulară periarticulară şi piele roşie, cu mâncărimi. Elementele vitale iniţiale includ o temperatură orală de 98 ° F, BP de 110/65 mm Hg, HR de 88 de bătăi pe minut, RR de 14 respiraţii pe minut şi o saturaţie de oxigen de 97% în aerul camerei. La examinarea fizică, pacientul are dureri la palparea genunchilor şi gleznelor bilaterale cu gamă completă de mişcare în aceste articulaţii. Zonele de eritem care nu urmează un model dermatomal specific acoperă majoritatea extremităţilor inferioare, trunchiul şi spatele cu zone de excoriaţie în care pacientul raportează că s-a zgâriat. Nu există alte leziuni. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?
a. Boală cu transmitere sexuală (STD)
b. Boala de decompresie
c. Barotrauma de coborâre
d. Barotraumatism de ascensiune
e. Narcoza cu azot

432. Un începător în vârstă de 19 ani, Navy Seal, se prezintă la ED cu un istoric

de sincopă la urcarea dintr-o scufundare. Lungimea şi adâncimea scufundării au fost în limitele reglementărilor de decompresie. În prezent, se plânge că se simte ameţit cu o durere frontală moderată. Semnele vitale includ HR de 86 de bătăi pe minut, TA de 130/65 mm Hg şi RR de 16 respiraţii pe minut cu o saturaţie de oxigen de 93% în aerul camerei. La examinarea fizică, el apare oarecum confuz şi este orientat doar către persoană şi loc. Nu are deficite neurologice focale. Ce eveniment de bază este cauza simptomelor acestui pacient?

a. Embolie pulmonară
b. Ischemie cardiacă
c. Atacul ischemic tranzitoriu
d. Embolia aeriana disbarica
e. Narcoza cu azot

433. Un fermier din Texas se prezintă la urgenţă cu amorţeală a piciorului drept, edem localizat şi tremor. El raportează că a fost afară pe teren când au început simptomele. El neagă contactul cu insecticidele şi raportează că a fost la starea sa de bază înainte de eveniment. Valorile sale vitale iniţiale includ HR de 105 bătăi pe minut, TA de 175/90 mm Hg şi RR de 22 de respiraţii pe minut cu o saturaţie de oxigen de 97% în aerul camerei. Care dintre următoarele este cel mai potrivit tratament iniţial de elecţie la acest pacient?

a. Antivenin
b. Profilaxia tetanosului
c. Profilaxia cu antibiotice
d. Sedare
e. Atropină

434. Un tânăr de 23 de ani se prezintă la Urgenţe după ce a suferit o înţepătură de albină. Pacientul arată spre braţul stâng când este întrebat unde este durerea. La examinarea fizică, vedeţi o singură rană înţepată cu eritem şi umflături înconjurătoare. Pacientul nu are detresă respiratorie şi sunează bine. Auscultarea toracică dezvăluie sunete clare ale respiraţiei bilateral, fără şuierături. Orofaringele este patent, fără nicio deplasare amigdaliană sau uvulară. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Epinefrină subcutanată 0,01 ml/kg
b. Epinefrină IV 0,01 ml/kg
c. Steroizi
d. Observare
e. Antihistaminice

435. Un tânăr de 18 ani este adus la urgenţă şi raportează că un câine fără stăpân din parc l-a muşcat. Pacientul se plânge de durere la antebraţul drept, unde a fost muşcat. La examenul fizic, observaţi o laceraţie superficială macerată pe suprafaţa dorsală a antebraţului distal, fără sângerare activă. Pacientul este capabil să flexeze şi să extindă liber toate articulaţiile din extremitatea superioară dreaptă. Pe lângă îngrijirea localizată a rănilor, antibioticele şi profilaxia tetanosului, ce alte măsuri rapide ar trebui luate în îngrijirea acestui pacient?

a. Raportarea incidentului către autorităţile locale
b. Imunizarea antirabică
c. Sutura strânsă a laceraţiei
d. Antihistaminice
e. Irigare cu soluţie de povidonă-iodă

436. Un bărbat de 31 de ani se prezintă la urgenţă cu durere la gambele stângi. El raportează stare generală de rău, greaţă şi mialgii de la o călătorie recentă în Arkansas. Elementele vitale iniţiale includ temperatura orală de 99 ° F, HR de 76

de bătăi pe minut, TA de 128/70 mm Hg, RR de 16 respiraţii pe minut şi saturaţie de oxigen de 98% în aerul camerei. La examenul fizic, există peteşii difuze ale extremităţii inferioare stângi de la tibia distală anterioară până la mijlocul coapsei. O examinare mai atentă relevă o mică leziune necrotică la nivelul mijlocului gambei lateral, cu edem înconjurător, aşa cum se vede mai jos. Viţelul pacientului este sensibil la atingere şi la dorsiflexie. Care dintre următoarele este cauza cea mai probabilă a simptomelor clinice ale acestui pacient?

(Reprodus, cu permisiune, din Knoop KJ, Stack LB, Storrow AB. Atlas of Emergency Medicine . *NewYork, NY:McGraw-Hill, 2002:531.)*

a. Tromboză venoasă profundă (TVP)
b. Intepatura de scorpion
c. Muşcătură de păianjen reclus maro
d. Muşcătură de păianjen văduva neagră
e. Trombocitopenie

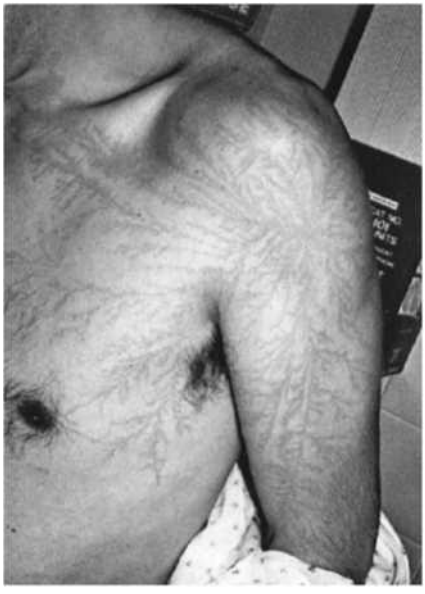
437. Un schior pasionat de altitudine în vârstă de 23 de ani se prezintă la ED cu durere intensă, lacrimare şi senzaţie bilaterală de corp străin ocular. El neagă orice traumă, probleme medicale din trecut sau folosirea lentilelor de contact. Examenul său fizic este semnificativ pentru scăderea acuităţii vizuale bilaterale, conjunctiva injectată şi leziunile corneene punctuate difuze cu margine inferioară discretă. Pupilele lui sunt egale, rotunde şi reactive la lumină. Având în vedere istoricul şi examenul fizic al acestui pacient, care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Abraziunea corneei
b. irita
c. Keratită ultravioletă
d. Corp străin corneean
e. Lacerarea corneei

438. O femeie de 44 de ani se întoarce dintr-o excursie la munte cu simptome de cefalee, greaţă şi vărsături care se ameliorează. Semnele ei vitale iniţiale în ED sunt HR de 93 bătăi pe minut, TA de 120/60 mm Hg, RR de 18 respiraţii pe minut şi saturaţie de oxigen de 96% pe cutia nazală de 2 L. Examinarea toracelui ei este clară până la auscultare, fără crepitus palpabil deasupra culcatului şi nu există semne de edem periferic. Care dintre următoarele medicamente este indicat la acest pacient?

a. Acetazolamide
b. Dexamethasone
c. Nifedipine
d. Furosemide
e. Morphine

439. Un student în vârstă de 20 de ani se prezintă la urgenţă cu o leziune cutanată, aşa cum este prezentat mai jos. El este adus de prieteni care raportează că a fost pe un câmp deschis pe vremea furtunoasă când a avut loc rănirea. Pacientul neagă orice călătorie recentă sau contacte bolnave. De asemenea, el neagă orice simptom, cu excepţia unei confuzii generalizate. Care aspect al examinării fizice a acestui pacient este iniţial cel mai relevant pentru natura acestui tip de leziune?



(Reprodus, cu permisiune, din Tintinalli J, Kelen G şi Stapczynski J. Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide *. New York, NY:McGraw-Hill, 2004:1238.)*

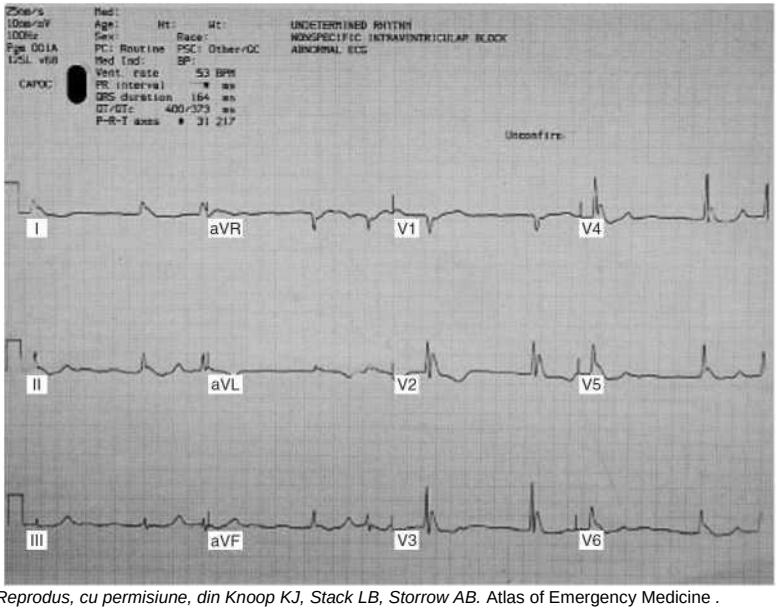
a. Testarea nervilor cranieni
b. Evaluarea otoscopică a membranelor timpanice
c. Evaluarea cadenţei mersului
d. Testarea deficitelor cerebeloase
e. Palparea coloanei cervicale pentru sensibilitate

440. Un bărbat de 24 de ani se prezintă la urgenţă cu dureri faciale difuze, prurit, eritem şi ameţeli, după ce se pare că a căzut pe un furnicar. Semnele sale vitale iniţiale includ HR de 102 bătăi pe minut, TA de 118/75 mm Hg şi RR de 18 respiraţii pe minut cu o saturaţie de oxigen de 98% în aerul camerei. Care este evaluarea iniţială adecvată în acest scenariu clinic?

a. Daţi profilaxie împotriva tetanosului

b. Începeţi îngrijirea locală a rănilor
c. Evaluaţi căile respiratorii, respiraţia şi circulaţia
d. Începeţi administrarea de lichide IV
e. Daţi antihistaminice orale

441. Un bărbat nedomiciliat, de vârstă necunoscută, se prezintă la urgenţă fără răspuns. ECG-ul lui este prezentat mai jos. Care este următorul pas cel mai potrivit în tratament?



(Reprodus, cu permisiune, din Knoop KJ, Stack LB, Storrow AB. Atlas of Emergency Medicine . *NewYork, NY:McGraw-Hill, 2002:516.)*

a. Defibrilarea
b. Stimularea cardiacă
c. Suport vital cardiac avansat
d. Suport avansat de viaţă cardiacă şi reîncălzire
e. Bypass cardiopulmonar

442. Un tânăr de 26 de ani se prezintă la urgenţă cu un monstru Gila încă ataşat de braţ după ce a fost muşcat. El raportează că este mânuitorul principal al animalului, fără incidente anterioare de muşcături. El raportează durere localizată, dar neagă slăbiciune, greaţă sau senzaţie de ameţeală. Muşcătura de animal a avut loc acum aproximativ 45 de minute. După ce animalul este îndepărtat cu grijă, ce ar trebui făcut în continuare în îngrijirea acestui pacient?

a. Verificați dacă există dinți încorporați rămași și începeți îngrijirea rănilor.
b. Se administrează antivenin.
c. Dați profilaxie împotriva tetanosului.
d. Administrați antibiotice cu spectru larg.
e. Aplicați dispozitivul de aspirație.

443. Un student anxios se prezintă la ED la 2 `dimineața`, afirmând că un liliac l-a trezit. A auzit ceva zburând în jurul dormitorului său și când a aprins luminile, a văzut un liliac zburând în dulapul lui. Nu este sigur dacă a fost mușcat de liliac, dar a observat excremente de liliac în patul său. Care este cel mai potrivit tratament pentru pacient?

a. Asigurați-l că nu este nimic de făcut și eliberați-l.
b. Imunoprofilax cu imunoglobulină umană antirabică și vaccin cu celule diploide umane.
c. Se administrează ciprofloxacină 500 mg.
d. Admiteți-l la spital pentru 24 de ore de observație.
e. Imunoprofilax cu vaccin cu celule diploide umane.

Expunerile la mediu

Răspunsuri

420. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp 1972-1978.)* Degerăturile apar de obicei atunci când temperaturile scad sub 0 ° C (32 ° F). Există în esenţă trei faze în cascada leziunilor de îngheţ. Faza 1 (preîngheţare) include răcirea iniţială a pielii, creşterea vâscozităţii sângelui şi scurgerile microvasculare care provoacă formarea de edem localizat. Faza 2 (îngheţ-dezgheţ) este atunci când începe formarea cristalelor extracelulare, provocând astfel contracţia intracelulară şi, în esenţă, colapsul reţelei celulare. În cele din urmă, faza 3 (stază vasculară/ischemie progresivă) implică coagularea suplimentară, scurgerea interstiţială şi moartea celulelor, rezultând astfel formarea de vezicule, cianoză şi, în cele din urmă, mumificarea ţesutului. Bulele formate pot avea şi un aspect hemoragic. Este important de reţinut că vântul şi umiditatea pot creşte rata de îngheţ. Managementul include reîncălzirea rapidă cu apă la o temperatură de 37 ° C până la 40 ° C (98,6 ° F-104 ° F) cu grijă în prevenirea îngheţului. Masajul prin frecare, care favorizează pierderea de ţesut, trebuie evitat. Reîncălzirea este o procedură dureroasă care necesită analgezie parenterală. Pacienţii pot avea, de asemenea, un grad de deshidratare şi pot beneficia de administrarea de cristaloizi.

(a) Geleniile, cunoscute şi sub denumirea de pernio, sunt o afecţiune frecvent întâlnită la populaţia fără adăpost ca urmare a expunerii cronice uscate-frig şi afectează în principal faţa, mâinile şi zonele pretibiale. Piciorul de şanţ **(c),** cunoscut şi sub numele de leziune prin imersare, este frecvent la această populaţie; totuşi, de obicei se prezintă ca o pierdere a senzaţiei cu paloare şi pete. **(d)** Arsurile termice pot apărea cu formarea de bule, dar nu provoacă cianoză. **(e)** Herpesul este, de asemenea, puţin probabil, având în vedere distribuţia şi lipsa contactelor cu leziuni similare.

421. **Răspunsul este c.** *(Rosen, p 2002.)* Acest pacient suferă de **miliaria rubra,** cunoscută mai frecvent sub numele de **căldură înţepătoare sau erupţie cutanată la căldură.** Aceasta este o afecţiune inflamatorie acută a pielii care apare în climatele tropicale, împrumutând şi termenul de „lichen tropic". Apare din cauza blocării

glandelor sudoripare şi a infecţiei cu stafilococ. Faza acută se constată prin leziuni veziculare care sunt cauzate de obstrucţia glandelor sudoripare, care ulterior se rupă. Erupţia se limitează la *zonele îmbrăcate* şi poate progresa într-o etapă profundă, în care obstrucţia pătrunde mai adânc în piele şi produce vezicule mai mari care se pot infecta. Acestea, însă, nu sunt pruriginoase şi pot semăna cu o dermatită cronică. Tratamentul antibacterian de elecţie este **clorhexadina,** care urmează să fie utilizată în faza acută. Acidul salicilic poate fi, de asemenea, utilizat pentru a ajuta la descuamare, dar nu trebuie utilizat pe suprafeţe mari din cauza posibilei intoxicaţii cu salicilat.

(a şi d) Deşi calamina şi difenhidramina (Benadryl) pot ajuta la ameliorarea simptomatică, ele nu oferă tratament. **(b)** Aciclovirul este pentru a trata infecţia cu herpes. **(e)** Tratamentul este deosebit de important la acest pacient cu diabet zaharat insulino-dependent (IDDM) pentru a preveni alte complicaţii infecţioase care necesită antibiotice parenterale.

422. Răspunsul este e. *(Rosen, pp 1997-2008.)* Diagnosticul de **epuizare termică** se face iniţial la prezentarea clinică. Pacienţii pot prezenta stare generală de rău, oboseală, cefalee frontală, tulburări de judecată, diaforeză, greaţă şi prezintă semne de deshidratare cu tahicardie şi hipotensiune ortostatică. Epuizarea termică poate evolua spre insolaţie şi se află de-a lungul unui spectru în care cazurile intermediare pot fi adesea dificil de delimitat; cu toate acestea, tratamentul este în esenţă acelaşi. Este important să aduceţi pacientul într-un loc răcoros şi să începeţi încet înlocuirea lichidului pentru a preveni edemul cerebral, în special la pacienţii mai tineri. Pentru a face distincţia între epuizarea termică şi insolaţia, transaminazele hepatice sunt utile. Creşteri la câteva mii de unităţi pot fi observate la epuizarea de căldură sau la alergătorii sănătoşi după un maraton, în timp ce în insolaţia de căldură nivelurile sunt ridicate la zeci de mii.

(a) Sincopa de căldură rezultă din dilatarea vaselor cutanate pentru a ajuta la livrarea căldurii la suprafaţa pielii, reunind astfel sângele la periferie şi provocând sincopa. Pacienţii vârstnici şi cei care stau în picioare pentru perioade lungi sunt în mod special predispuşi la acest lucru. **(b)** Edemul termic apare la pacienţii care nu sunt aclimatizaţi la temperaturi mai calde şi, prin urmare, dezvoltă picioare şi glezne umflate. Acesta nu este un proces central şi nu apar stări mentale alterate. **(c)** Rabdomioliza poate rezulta în orice caz în care există o degradare musculară cauzată de deshidratare, stres sau factori exogeni. Pacientul poate avea rabdomioliză uşoară; cu toate acestea, ea singură nu explică simptomele acestui pacient. **(d)** Disfuncţiile neurologice, inclusiv convulsii şi comă, sunt un semn distinctiv al insolaţiei, care rezultă atunci când tratamentul nu este iniţiat şi răspunsurile termoreglatoare eşuează. Aceşti pacienţi au adesea pielea uscată şi fierbinte, cu temperaturi centrale peste 105 ° F

423. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp 2010-2019.)* Pacientul a suferit o **leziune electrică de joasă tensiune (< 1000 V)** de la priza de perete. Toţi pacienţii care suferă o astfel de leziune necesită un **ECG** şi **o monitorizare cardiacă** în UR. În Statele Unite, cablajul de uz casnic are 120 V de curent alternativ cu o frecvenţă (număr de comutatoare de la pozitiv la negativ) de 60 Hz. Curentul alternativ determină contracţia musculară continuă şi stimularea care poate provoca fibrilaţie ventriculară. Curentul direct provoacă de obicei un singur spasm muscular şi este cel mai puţin periculos dintre cei doi, în funcţie de tensiune. Curentul este egal cu tensiunea peste rezistenţă (legea lui Ohm). Acest pacient a suferit o arsură termică superficială şi, cel mai probabil, nu a devenit parte a circuitului, dat fiind că nu au existat răni clare de intrare sau ieşire, aşa cum se observă în leziunile de contact direct. Eliminarea acestui pacient ar trebui să includă îngrijirea localizată a rănilor, o urmărire atentă şi instrucţiuni de revenire dacă există simptome care se agravează.

(a şi b) Deşi ar putea fi efectuată o analiză de urină pentru depistarea mioglobinei şi un panou metabolic de bază pentru a verifica funcţia renală, nu este necesar, având în vedere natura leziunii acestui copil **(c şi e)** O radiografie toracică şi un Doppler arterial nu se vor dovedi eficiente având în vedere examenul clinic.

424. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp. 797-799.)* Acest pacient a suferit o rănire de la un **animal marin veninos.** Aproximativ 50.000 de astfel de incidente au loc anual. Animalele marine pot fi împărţite în două clase: **înţepături şi nematochişti.** Stingers includ arici de mare, razele de mare, somnul, scoici de con şi stele de mare. Radiografiile pot fi utile în delimitarea materialului calcifer depus în piele pentru îndepărtare. Nematochisturile sunt mult mai răspândite şi reprezintă majoritatea envenimaţiilor şi cel mai probabil reprezintă suferinţa acestui pacient. Această clasă include meduze, corali de foc, man-o-war portughez şi anemone. Aceste creaturi au glande veninoase încărcate de arc care se descarcă la stimularea mecanică sau chimică. Numărul de nematochisturi de pe un tentacul poate fi de mii. Aceste celule usturatoare pot ramane activate dupa saptamani de la plaja animalului. Veninul conţine diverse peptide şi enzime care pot provoca progresia simptomelor, inclusiv greaţă, crampe musculare, dispnee, angioedem şi laxie anafioasă. Tratamentul preferat este *oţetul,* care dezactivează nematocistul. În cazurile în care asistenţa medicală nu poate fi solicitată în timp util, urina s-a dovedit a fi la fel de eficientă. Se poate face o încercare de a rade nematochisturile după o analgezie adecvată. Pacientului trebuie să i se administreze profilaxie împotriva tetanosului şi antihistaminice după cum este necesar.

(a) Apa proaspătă activează nematocistul şi ar trebui evitată **. (b, d şi e)**

Uleiul vegetal, pasta de dinți și soluțiile de curățare a geamurilor de uz casnic trebuie, de asemenea, evitate, deoarece ar putea provoca iritații și dureri suplimentare.

425. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp2117-2118.)* Arsurile chimice sunt un pericol profesional obișnuit și pot fi cauzate de o varietate de solvenți care conțin amestecuri acide sau alcaline. Inițial, este important să scoateți pacientul din substanța chimică ofensă și să irigați cu cantități mari de apă pentru a dilua agentul. Este important să se evalueze zona afectată, dimensiunea și adâncimea arsurii, deoarece unii pacienți vor avea nevoie de transfer la un centru de arsuri. Acest pacient a fost ars chimic de un agent de îndepărtare a ruginii, care conține de obicei **acid fluorhidric (HF).** Alți solvenți includ gaz cu octan ridicat și germicide . **Durerea disproporționată cu rănirea susținută** este de obicei observată în aceste cazuri. Deoarece HF este un acid relativ slab, electronegativitatea sa extremă îl face însă foarte periculos. Fluorul se leagă avid de cationii disponibili, cum ar fi calciul și magneziul, provocând astfel moartea celulelor. **Hipocalcemia** profundă a fost demonstrată în expunerea la IC. Monitorizarea ECG și administrarea de cationi exogeni, cum ar fi **gelul local de gluconat de calciu,** pot acționa ca agenți de chelare a ionilor de fluor. Se poate utiliza, de asemenea, gluconat de calciu IV sau intradermic. Clorura de calciu trebuie evitată, având în vedere capacitatea sa de a provoca necroză tisulară la extravazare.

(a) Plasarea unui garou pe membru poate provoca ischemie și moarte celulară suplimentară. **(c)** Alcalinizarea urinei nu ar fi benefică în acest tip de expunere. **(d)** Sulfadiazina de argint poate fi aplicată ulterior pentru îngrijirea rănilor. **(e)** Amploarea acestei răni în acest moment nu justifică debridarea chirurgicală; cu toate acestea, monitorizarea atentă a îngrijirii rănilor ar trebui să fie instilată pentru a recunoaște cazurile în care necroza tisulară progresează.

426. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp. 816-818.)* Acest pacient a fost expus la **var,** care este prezent în **ciment.** Când apa interacționează cu cimentul uscat, are loc hidroliza formând un alcali cu un pH de 10 până la 12. **Arsurile alcaline formează o necroză de lichefiere,** provocând dizolvarea rapidă a țesutului implicat. Arsurile acide formează o necroză de coagulare, care este oarecum mai lentă în natură. Cel mai bun tratament este **irigarea intensă** la contactul inițial, un ritual realizat de cei mai experimentați care lucrează cu var. Acest pacient va avea nevoie de debridare suplimentară și îngrijire a rănilor din cauza expunerii sale.

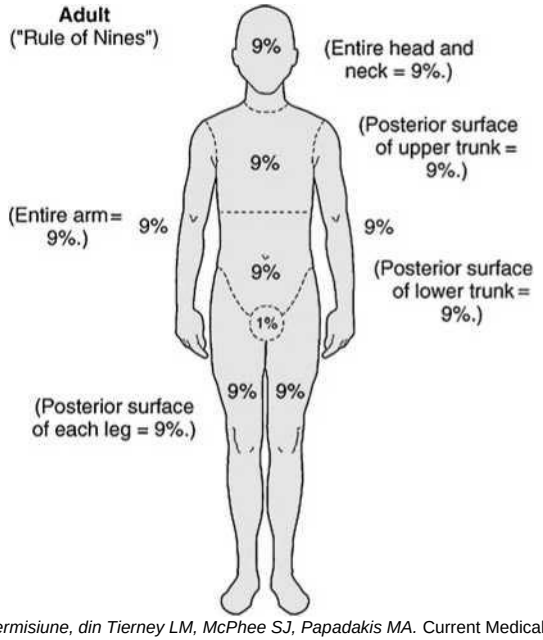
(a) Hidrocarburile sunt prezente în principal în benzină și în diluanții de vopsea. **(b)** Fenolul se găsește în coloranți, deodorante, dezinfectanți și solvenți agricoli, ceea ce provoacă denaturarea celulelor la contact. Amoniacul **(c)** este prezent în multe produse de curățare de uz casnic, ca agent de răcire în unitățile

frigorifice şi ca îngrăşământ datorită conţinutului său ridicat de azot şi poate acţiona diferit în funcţie de forma în care se află. De exemplu, poate îngheţa pielea la contact sau poate afecta respiraţia din cauza vaporilor săi. Acidul formic **(d)** este un acid organic caustic utilizat în multe industrii care provoacă o necroză de coagulare. Tratamentul pentru expunerea la toate aceste substanţe chimice include irigarea abundentă şi observarea efectelor secundare sistemice.

427. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp. 775-776.)* **Muşcăturile de pisică** implică **răni perforate** care se extind adesea prin piele în tendoane şi oase, datorită naturii dinţilor ascuţiţi ai animalelor. Incidenţa raportată a infecţiei de la aceste muşcături poate fi de până la 30% până la 50%, mulţi pacienţi prezentând doar după ce a apărut o infecţie. Este important de reţinut că muşcăturile de pisică au o rată mai mare de infecţie în comparaţie cu muşcăturile de câine, având în vedere rana tipică prin înţepare care inoculează bacteriile în adâncime în ţesut şi devine închisă. *Pasteurella multocida* este o baghetă anaerobă facultativă, gram-negativă puternică, găsită în cavitatea bucală a majorităţii pisicilor sănătoase şi poate provoca infecţii sistemice severe, în special la cei imunodeprimaţi. Pacienţii trebuie urmăriţi îndeaproape, deoarece aceste infecţii se pot răspândi adânc în articulaţii şi ţesuturi care necesită debridare.

(a) Cefalosporinele de prima generaţie s-au dovedit a fi doar minim eficiente. Organismul este rezistent la **(d)** vancomicină şi **(c)** clindamicină. **(e)** Antibioticele topice, cum ar fi bacitracina, ar fi inadecvate, având în vedere virulenţa ridicată a acestui organism.

428. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp 801-812.)* Această pacientă a suferit o **arsură de gradul doi care a implicat 2,25% din suprafaţa ei corporală (BSA),** conform regulii celor nouă. Regula de la nouă ajută la estimarea zonei de implicare, după cum se vede mai jos. La adult, fiecare suprafaţă anterioară sau posterioară a extremităţii superioare şi a capului este egală cu 4,5%. Fiecare suprafaţă a extremităţii inferioare este egală cu 9%. Fiecare suprafaţă a pieptului şi a trunchiului este egală cu 18%. Zonele perineale reprezintă 1% din BSA. Copiii şi sugarii au crescut BSA total în raport cu greutatea lor, necesitând astfel cerinţe diferite de lichide şi estimarea suprafeţei. Mai mult procent este dedicat capului, având în vedere raporturile lor mai mari cap-corp (7% la copii şi 9% la sugari). Tratamentul **pentru acest pacient implică pansamente cu sulfadiazină de argint şi o urmărire atentă.** Antibioticele profilactice nu sunt justificate în aceste cazuri, având în vedere şansa creşterii ratelor de rezistenţă viitoare. Pentru zonele de implicare mai mare şi arsuri prin inhalare, resuscitarea cu fluide poate



(Reprodus, cu permisiune, din Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA. Current Medical Diagnosis & Treatment *. NewYork, NY:McGraw-Hill, 2006.)*

devin necesare pentru a contabiliza pierderile. Acest lucru se face folosind **formula Parkland:** 4 mL/kg/%TBSA (total BSA), jumătate se administrează în primele 8 ore şi jumătate se administrează în următoarele 16 ore. Ringer lactat este fluidul de alegere. De asemenea, este important să se protejeze împotriva hipotermiei şi să se ofere analgezie adecvată. În funcţie de amploarea şi zona arsurii, unii pacienţi pot avea nevoie de transferul la o unitate pentru arsuri, unde pot fi efectuate în continuare escarotomie şi debridare.

Arsurile de gradul I **(a)** se caracterizează în primul rând prin eritem, având aspectul unei simple arsuri solare. Acesta implică numai epiderma şi, de obicei, se vindecă fără formarea de cicatrici. Arsurile de gradul doi **(b şi c)** sunt arsuri superficiale cu grosime parţială care implică epiderma şi o parte a dermului, care duc la eritem dureros şi formarea de vezicule. Foliculii şi glandele pot fi implicate sau nu. Aceste vezicule sunt cel mai bine lăsate intacte. Arsurile de gradul trei **(d şi e)** sunt arsuri de grosime completă care implică epiderma, derma şi grăsimea subcutanată, care au ca rezultat pielea palida şi carbonizată. Debridarea şi grefarea chirurgicală sunt necesare în aceste cazuri. Arsurile de gradul al patrulea se extind prin piele, grăsime, muşchi şi oase şi sunt adesea membre şi pun viaţa în pericol.

429. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp. 801-812.)* Vă rugăm să vedeți explicația din întrebarea anterioară.

430. **Răspunsul este e.** *(Rosen, pp 2035-2048.)* Acest pacient este un bărbat altfel sănătos, fără niciun motiv pentru a avea insuficiență cardiacă congestivă (ICC), insuficiență renală, insuficiență hepatică sau cardiomiopatie. În schimb, este un alpinist pasionat **, ceea** ce ar trebui să sugereze **boala acută de munte (AMS)** în acest scenariu clinic. La început, simptomele pot imita un sindrom viral acut cu greață, vărsături, dureri de cap și anorexie. Cu toate acestea, aceste simptome progresează pentru a include **edem periferic, oligurie, hemoragii retiniene și, în final, edem pulmonar sau cerebral la altitudine mare.** Tratamentul inițial pentru toate aceste condiții din spectrul AMS include **coborârea treptată.** O coborâre de 1500 până la 3000 de picioare inversează boala de înaltă înălțime în majoritatea cazurilor. **Oxigenul** suplimentar este indicat în toate cazurile. Diureticele, cum ar fi *acetazolamida* s-au dovedit eficiente nu numai pentru tratament, ci și pentru profilaxie. De asemenea, poate fi indicat tratamentul simptomatic pentru vărsături și dureri de cap. Oxigenoterapia hiperbară este indicată în cazurile severe. Factorii de risc pentru AMS includ, dar nu se limitează la, ascensiune rapidă, boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC), boala celulelor falciforme, expunerea la frig, efortul greu și somnul la altitudini mai mari.

Furosemidul **(a)** și Hidroclorotiazida **(b)** sunt indicate în ICC și hipertensiune arterială. Bumetanida **(c)** este un diuretic de ansă mai puternic, de asemenea, nu este indicat. Fosinopril **(d)** este un inhibitor al enzimei de conversie a angiotensinei (ECA).

431. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp 2020-2033.)* Acest pacient suferă de **boală de decompresie,** cunoscută mai frecvent sub denumirea de „îndoituri". Acest termen se referă la un spectru de stări în care bulele de azot gazos se colectează în sânge și țesuturi. Pentru a ilustra, imaginează-ți o sticlă de sifon fiind deschisă, permițând bulelor de colecție să iasă rapid pe vârful clinicii. Alți factori de risc includ oboseala inerentă, efortul intens, deshidratarea și zborul după o -scufundare Pentru a evita colectarea de azot gazos în aceste țesuturi, poate fi de asemenea justificată transportul la cea mai apropiată **cameră hiperbară .**

O BTS **(a)** este puțin probabilă. Barotraumatismul de coborâre **(c)** include strângerea sinusurilor, a urechii și a pielii. Scafandrii care își țin respirația la coborâre pot dezvolta, de asemenea, o comprimare pulmonară. Barotrauma de ascensiune **(d)** implică afecțiuni similare în plus față de pneumomediastin și pneumotorax. Narcoza cu azot **(e),** cunoscută și sub denumirea de „răpire a adâncurilor", este un fenomen interesant în care scufundările prelungite produc

un efect euforic asupra scafandrului din cauza colectării de azot gazos în țesuturi. Acest lucru se poate dovedi periculos în fața unei situații de urgență , având în vedere un fals sentiment de securitate și abilități motorii afectate.

432. **Răspunsul este d.** *(Rosen, p 2025.)* Fiind un scafandru începător, acest pacient a urcat la suprafață prea repede. Ca și în boala de decompresie, se formează bule de gaz de azot și, ulterior, călătoresc în sistemul arterial prin venele pulmonare în camerele cardiace. **Embolia gazoasă arterială** poate apărea și la pacienții cu un foramen oval permeabil subiacent. Simptomele sunt de obicei bruște și dramatice. Scafandrii, despre care s-ar fi putut crede că s-au înecat, au leșinat de fapt în timpul ascensiunii din cauza unei embolie subiacente. Tratamentul include oxigenoterapie hiperbară și evitarea transportului aerian.

Deși ischemia cardiacă **(b)** poate apărea din această cauză, nu este evenimentul precipitant. Embolia pulmonară **(a)** la indivizi altfel sănătoși, fără factori de risc, este probabilitatea scăzută ca eveniment incitator. Atacurile ischemice tranzitorii **(c)** se pot prezenta într-o varietate de moduri, dar având în vedere acest scenariu clinic, o cauză gravă legată de scufundări trebuie investigată mai întâi. **(e)** Narcoza cu azot apare secundar gazelor respirate la presiunea atmosferică mai mare decât cea normală. Apare pe măsură ce scafandrul coboară la adâncimi mai mari de 70 ft. Clinic, pacienții par ca și cum ar fi intoxicați cu etanol. Starea se înlătură odată cu refacerea suprafeței.

433. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp. 786-792.)* Acest pacient a suferit o **mușcătură de șarpe veninos.** Viperele de groapă, cum ar fi șerpii cu clopoței, copperheads și mocasinii de apă, sunt cele mai răspândite și sunt prezente în toate statele, cu excepția Alaska, Maine și Hawaii. Șerpii de corali sunt al doilea cel mai răspândit și sunt prezenți în principal în statele sudice. **Roșu pe galben, ucide un tip; roșu pe negru, lipsa veninului** este o expresie folosită în mod obișnuit pentru a vă ajuta să vă amintiți care șerpi sunt periculoși. Șerpii veninoși pot fi recunoscuți și după capetele triunghiulare, pupilele eliptice, colții și prezența unei gropi între ochi și nară - caracteristici care nu pot fi observate inițial de victimă. Prin urmare, există un sistem de clasificare a mușcăturilor de șarpe, care necesită antivenin cu - simptome progresive de edem, coagulopatie și manifestări neurologice. Cantitatea de antivenin depinde de severitatea acestor simptome. Veninul în sine are o serie de substanțe, inclusiv enzime proteolitice și polipeptide, care promovează coagularea, blocarea neuromusculară, liza celulară și moartea. Poate apărea și anafilaxia. Căile respiratorii, respirația și circulația (ABC) trebuie întotdeauna evaluate inițial.

Profilaxia tetanosului **(b)** ar trebui administrată la un moment dat în tratament, dar nu este tratamentul inițial de elecție. Profilaxia antibiotică **(c)** nu

este indicată clinic în aceste cazuri. Sedarea **(d)** cu benzodiazepine poate fi utilizată în alte mușcături veninoase, cum ar fi scorpionii, ca urmare a durerii extreme și a manifestărilor neurologice, dar nu este indicată clinic aici. Atropina **(e)** și pralidoxima sunt utilizate în cazurile de expunere la organofosforici.

434. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp. 793-794.)* Anamneza ar trebui să includă înțepăturile anterioare de albine la acest copil, deoarece fiecare înțepătură succesivă crește posibilitatea de anafilaxie în cazul sensibilizării. ABC-urile trebuie abordate inițial. Înțepăturile se prezintă cel mai frecvent cu arsuri localizate, eritem și edem la locul înțepăturii, care durează aproximativ 24 de ore. Pacientul este asimptomatic și justifică doar **observație** în acest moment. Toxicitatea și anafilaxia sunt evidente la scurt timp după înțepătură și includ vărsături, diaree, febră și manifestări neurologice, cum ar fi convulsii și starea mentală alterată. Cel mai probabil, acest copil a suferit o înțepătură de la o albină sau un bondar, având în vedere rana înțepată. Afidele conțin înțepături retroserate, care sunt îndepărtați la înțepătură, eviscerând și ucigând astfel insecta. Vespidele, cum ar fi viespile, viespii și jachetele galbene, nu conțin acest mecanism și pot înțepa de multe ori. „Albinele ucigașe", așa cum sunt populare de industria filmului, conțin aceeași cantitate de venin ca și alte specii. Diferența este că sunt mai agresivi, nu mai toxici.

Starea pacientului nostru în acest moment nu garantează epinefrina **(a și b)** sub nicio formă. Steroizii **(c)** și antihistaminice **(e)** sunt de obicei administrate la pacienții cu semne sistemice. Ș 2-Agoniști (de exemplu, albuterol) pot fi administrați și pentru simptomele respiratorii.

435. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp 774-780,1839-1840.)* Având în vedere că mușcătura a fost susținută de un **câine fără stăpân necunoscut ,** care poate fi dificil de localizat, **imunizarea împotriva rabiei** ar trebui să fie făcută prompt. Este important de remarcat efectele puternice ale **irigarii cu apă și săpun** în aceste cazuri, deoarece s-a dovedit că este cel mai eficient mijloc de scădere a virulenței organismului și ar trebui inițiat rapid Pentru imunizarea împotriva virusului rabiei, este important să se administreze **imunoglobulina** în plus față de **vaccinul celular.** O mare parte din doza inițială trebuie infiltrată în jurul locului plăgii și apoi administrată intramuscular. Sarcina nu este o contraindicație pentru administrarea vaccinului. Toți pacienții trebuie monitorizați pentru un răspuns cu anticorpi. În Statele Unite, amenințarea predominantă pentru oameni este **liliecii,** care sunt cel mai frecvent purtători de virus. Acest lucru ar trebui luat în considerare la persoanele care sunt speleologii în peșteri și prezintă hidrofobie și simptome neurologice. Micile rozătoare (veverițe, șobolani, chipmunks) și lagomorfele sunt ierbivore și nu poartă virusul.

(a) Raportarea incidentului către autorităţile locale din domeniul sănătăţii este, de asemenea, justificată, dar poate fi făcută ulterior. Sutura lacerațiilor susţinute în aceste tipuri de leziuni este controversată, dar nu ar trebui să fie niciodată strânsă **(c).** Lacerările capului şi gâtului pot fi suturate din motive cosmetice. Având în vedere aprovizionarea adecvată cu sânge în aceste zone, ratele de infecţie sunt scăzute. Antihistaminicele **(d)** nu sunt de obicei indicate în cazurile de muşcături de câine. Irigarea plăgii cu soluţie de Betadină **(e)** nu trebuie efectuată niciodată, deoarece provoacă macerarea ulterioară a marginilor pielii şi necroza ţesuturilor.

436. Răspunsul este c. *(Rosen, pp. 795-796.)* **Leziunea necrotică** a acestui pacient şi călătoria către **statele central-sud** sunt clasice pentru o **muşcătură de păianjen reclus maro.** Aceste leziuni pot prezenta simptome sistemice de febră, frisoane, mialgii, hemoliză, peteşii şi eventual convulsii, insuficienţă renală şi deces. Păianjenul reclus maro se distinge prin **cefalotorace în formă de vioară.** Veninul său conţine enzime hemolitice şi substanţe care provoacă restricţie vasocon. Leziunile iniţiale pot apărea targetoide, deoarece alimentarea cu sânge în zona centrală este diminuată şi devine necrotică. S-a demonstrat că leziunile cauzează cicatrici şi infecţii semnificative. Tratamentul iniţial ar trebui să includă ABC, îngrijirea rănilor, analgezia şi profilaxia tetanosului. Pacienţii pot fi observaţi în sala de urgenţă pentru o perioadă de 6 ore pentru a vedea dacă a apărut o envenimare. Antibioticele pot deveni justificate dacă apare o infecţie. Loxosceles reclusa antivenin este fabricat în Brazilia, dar nu este disponibil în prezent în Statele Unite.

Deşi aceste muşcături pot provoca o coagulopatie, o TVP **(a)** şi - trombocitopenia **(e)** nu sunt cauzele de bază, ci mai degrabă o manifestare a envenimării. Înţepăturile de scorpion **(b)** nu sunt atât de subtile. Pacienţii simt imediat durere localizată, urmată de simptome neurologice care pot include salivaţie, fasciculaţii şi vedere încețoșată. Veninul păianjenilor Black Widow **(d)** provoacă simptome pseudoperitoneale din cauza spasmului muscular dureros. Spasmele se pot rezolva spontan sau pot evolua spre hipertensiune arterială şi insuficienţă cardiovasculară. Păianjenii văduvă neagră au un semn de clepsidră roşu strălucitor pe partea inferioară a abdomenului. Păianjenul reclus maro are de obicei un marcaj asemănător unei viori pe abdomen.

437. Răspunsul este c. *(Rosen, p. 911.)* Acest pacient are **cheratită ultravioletă,** cunoscută şi sub numele de **orbire de zăpadă.** Aceasta este în esenţă o arsură prin radiaţii atunci când o persoană intră în contact strâns cu o **sursă de lumină care conţine raze ultraviolete.** Poate fi cauzată de lămpi de soare, cabine de bronzat sau medii de înaltă altitudine. Pacienţii prezintă de obicei aproximativ 6 până la

10 ore după expunere, plângându-se de durere oculară, blefarospasm, lacrimare, fotofobie şi senzaţie de corp străin. Examenul fizic relevă un ochi injectat cu acuitate vizuală scăzută. Examenul corneei evidenţiază leziuni punctuale care sunt clar delimitate de o acoperire de protecţie împotriva razelor ultraviolete, cum ar fi conjunctiva inferioară. Tratamentul constă într-un agent cicloplegic cu acţiune scurtă pentru gestionarea durerii şi antibiotice oftalmologice cu spectru larg. Tratamentul este ghidat pentru a ajuta la capacitatea de vindecare rapidă şi naturală a corneei, în care pacientul ar trebui să se simtă mai bine în câteva zile.

Deşi o abraziune a corneei **(a)** este posibilă, având în vedere simptomele pacienţilor , istoricul acestuia şi lipsa traumei sau folosirea lentilelor de contact sugerează contrariul. Oricum, tratamentul este acelaşi. Irita **(b)** este de obicei o leziune a unui traumatism contondent, care duce la spasm ciliar. Pacienţii se plâng de fotofobie şi dureri oculare. Examenul fizic evidenţiază înroşire ciliară, celule şi erupţii în camera anterioară şi o pupila mică, slab dilatată. Corpii străini corneeni **(d)** şi lacerațiile corneene **(e)** sunt de obicei leziuni traumatice în care pacientul îşi poate aminti un anumit eveniment. Corpii străini corneeni pot fi vizualizaţi la examinarea fizică folosind colorant fluorescent şi pot prezenta o abraziune sau ulceraţie. Micile lacerații ale corneei pot fi dificil de diagnosticat. Un test Seidel pozitiv în care colorantul fluorescent curge dintr-o rană a corneei, indică scurgeri de umoare apoasă, poate fi diagnostic. Aceasta este o urgenţă oftalmologică care poate justifica o reparaţie chirurgicală.

438. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp 2035-2048.)* Acest pacient se recuperează de la **boala acută de munte** , fără semne de ICC sau edem pulmonar. Tratamentul de primă linie este coborârea şi suplimentarea cu oxigen, care este deja realizată la acest pacient. Alte consideraţii de tratament includ terapia cu oxigen hiperbaric, care îmbunătăţeşte hipoxemia pentru toate bolile de altitudine. În ceea ce priveşte regimurile de medicaţie, **acetazolamida** este indicată ca profilaxie chiar şi la pacienţii cu antecedente de boală de altitudine. Funcţionează pentru a reduce formarea de bicarbonat prin inhibarea anhidrazei carbonice. Această acţiune diuretică contracarează retenţia de lichide în bolile acute de munte. De asemenea, scade absorbţia bicarbonatului în rinichi, determinând o acidoză metabolică, care stimulează hiperventilaţia. Acest mecanism compensator este oprit atunci când pH-ul este aproape de intervalul fiziologic de 7,4. Această hiperventilaţie este cea care contracarează hipoxemia indusă de altitudine, ameliorând astfel simptomele.

Dexametazona **(b)** acţionează pentru a reduce edemul vasogenic şi a scădea presiunea intracraniană. Este utilizat în general ca terapie adjuvantă în edemul cerebral de mare altitudine. Nifedipina **(c)** acţionează prin scăderea presiunii arterelor pulmonare în edemul pulmonar de mare altitudine, la fel ca şi diureza

rezultată din **(d)** furosemid. Se crede că morfina **(e)** reduce fluxul sanguin pulmonar şi scade forţele hidrostatice în edemul pulmonar.

439. Răspunsul este b. *(Rosen, pp 2010-2019.)* Acest pacient a suferit o **vătămare directă cauzată de fulger,** aşa cum demonstrează **modelul tipic de ferigă** prezentat. Aceste leziuni pot provoca fracturi, colaps cardiovascular, arsuri, leziuni abdominale contondente şi leziuni neurologice. **Rupturile membranei timpanice** sunt o leziune asociată frecventă cauzată de tractul de ieşire al fulgerului şi este important să se verifice sângele în canalele urechii acestor pacienţi. Este important să se evalueze rapid ABC-ul acestor pacienţi şi să se stabilească o cale respiratorie. Imobilizarea coloanei cervicale este adesea indicată, precum şi monitorizarea atentă ECG. Pacienţii trebuie admişi pentru observaţie după obţinerea unei hemoleucograme complete (CBC), a creatininei kinazei cu fracţiune MB, a panoului metabolic de bază şi a radiografiilor adecvate ale zonelor implicate. Deşi 50 până la 300 de oameni mor din cauza fulgerelor în fiecare an în Statele Unite, majoritatea rănilor suferite nu sunt letale.

440. Răspunsul este c. *(Rosen, pp. 793-794.)* **Furnicile de foc** s-au dovedit a fi o ameninţare reală pentru oameni. Nouăzeci şi cinci la sută din cazurile clinice rezultă din specia *Solenopsis invicta* , un alt membru al *Hymenoptera,* care a fost importat din Brazilia în anii 1930. Această furnică se găseşte în multe dintre statele sudice, având în vedere că nu poate supravieţui iernilor lungi şi înlocuieşte încet speciile mai puţin periculoase originare din America de Nord. Este mic şi roşu deschis până la maro închis, iar veninul său este 99% alcaloid, ceea ce este unic pentru regnul animal. Acest lucru cauzează hemoliză, depolarizarea membranei, distrugerea locală a ţesuturilor şi activarea căii complementului, toate acestea putând fi deosebit de periculoase la acest pacient cu leziuni faciale. Intepatura produce de obicei o pustula in 24 de ore. Arsurile locale, eritemul şi pruritul sunt frecvente. Aproximativ 10% din cazuri au simptome sistemice progresive, inclusiv greaţă, vărsături, ameţeli, detresă respiratorie şi hipersensibilitate suplimentară. Prin urmare, evaluarea căilor respiratorii şi a circulaţiei acestui pacient este imperativă. Monitorizarea continuă este indicată pentru a detecta instabilitatea hemodinamică.

Îngrijirea locală a rănilor **(b)** poate fi efectuată după ce pacientul este considerat stabil. Fluidele iniţiale IV **(d)** pot fi efectuate dacă pacientul devine instabil hemodinamic, dar nu este iniţial justificat. Profilaxia tetanosului **(a)** poate fi administrată după evaluarea iniţială. Antihistaminice IV, nu orale **(e)** , pot fi administrate conform indicaţiilor. Nu este clar dacă simptomele de ameţeală ale acestui pacient sunt rezultatul unei traume sau al efectelor sistemice iniţiale ale envenimării şi, prin urmare, este necesară monitorizarea continuă.

441. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp 1972-1978.)* La toţi pacienţii în stare critică, este important să se îndepărteze îmbrăcămintea, să se obţină o temperatură rectală şi să se iniţieze monitorizarea continuă, inclusiv un ECG, în timp ce se evaluează starea ABC a pacientului. Clinicianul trebuie să iniţieze **un suport vital cardiac avansat** şi **să reîncălzi** pacientul odată ce temperatura rectală a confirmat **hipotermia.** O temperatură timpanică nu este precisă sub 94 ° F. Este important să ne amintim că pacienţii cu hipotermie severă care par morţi au şanse mari de a avea un rezultat neurologic normal cu resuscitare şi încălzire continuă. Amintiţi-vă că un **pacient nu este mort până când nu este cald şi mort!** Cei la vârste extreme, utilizatorii de hipnotice sedative, persoanele fără domiciliu şi cei cu boli cronice, stare mentală alterată sau sepsis prezintă cel mai mare risc de hipotermie. Reîncălzirea ar trebui să înceapă cu îndepărtarea tuturor articolelor de îmbrăcăminte umedă şi aşezarea cu pături calde peste pacient, cu încercări progresive de încălzire a pacientului; pătură mecanică de încălzire, lichide IV calde, lavaj tritric/încălzire peritoneală şi, în sfârşit, bypass cardiopulmonar.

Defibrilarea **(a)** şi stimularea cardiacă **(b)** nu sunt indicate în prezent la acest pacient. Undele Osborne (J) indică un ritm de joncţiune, aşa cum se observă la acest pacient, şi sunt în concordanţă cu hipotermia. De asemenea, pot fi observate prelungirea oricărui interval, bradicardie, asistolie, fibrilaţie/flutter atrială şi tahicardie ventriculară.

442. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp. 788-793.)* În lume se găsesc doar două şopârle veninoase, ambele al căror habitat natural se află în sud-vestul Statelor Unite şi Mexic. Aceste animale nu sunt de obicei agresive, în ciuda numelui monstrului Gila, iar muşcăturile sunt de obicei rezultatul manipulării directe, ca în acest caz. Atât monstrul Gila, cât şi şopârla cu mărgele mexicane sunt uşor de identificat prin corpurile lor groase, solzi cu margele fie cu configuraţie albă şi neagră, fie roz şi negru. Venomaţia de la aceste muşcături are loc de la glandele de-a lungul maxilarului inferior şi este introdusă în victimă prin dinţii canelaţi, pe care animalul îi foloseşte pentru a mesteca continuu după ce a muşcat. Aceşti dinţi pot deveni încorporaţi în victimă, distribuind astfel mai mult venin.

Antiveninul **(b)** nu este disponibil pentru aceste muşcături, deoarece sunt rareori letale. Antibioticele cu spectru larg **(d)** şi profilaxia tetanosului **(c)** trebuie administrate la un interval mai târziu. Aplicarea unui dispozitiv de aspirare **(e)** ca la muşcăturile de şarpe nu este garantată. Pacientul trebuie supravegheat timp de cel puţin 6 ore pentru efecte sistemice.

443. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp 1834-1841.)* Pacientul trebuie să primească **imunoprofilaxie completă** pentru **virusul rabiei.** Centrul pentru Controlul Bolilor (CDC) recomandă profilaxia post-expunere atunci când un liliac este găsit în

interior în aceeaşi cameră cu o persoană care ar putea să nu ştie că a avut loc o muşcătură sau un contact direct şi rabia nu poate fi exclusă prin testarea liliacului. Profilaxia completă în Statele Unite include imunizarea pasivă cu imunoglobuline umane antirabice şi imunizarea activă cu vaccin cu celule diploide umane. Imunoglobulina este administrată în şi în jurul unei plăgi de muşcătură dacă este vizualizată. Vaccinul cu celule diploide umane este administrat la un loc îndepărtat de imunoglobulină, de obicei în deltoid, pentru a evita reactivitatea încrucişată. Vaccinul cu celule diploide umane este administrat ulterior în zilele 3, 7, 14 şi 28.

(a) Pacientul nu trebuie trimis acasă fără imunoprofilaxie completă. Ciprofloxacina **(c)** nu are niciun rol la acest pacient sau în tratamentul rabiei. Rabia este cauzată de un virus. Admiterea pacientului pentru observaţie **(d)** este incorectă deoarece incubaţia virusului rabiei variază de la 30 la 90 de zile, unii raportând până la 7 ani. Pacientul trebuie să primească imunoprofilaxie şi să fie trimis acasă. **(e)** Pacientul trebuie să primească atât imunoprofilaxie activă, cât şi pasivă, cu excepţia cazului în care a primit-o deja în trecut. În acest caz, ei primesc doar vaccinul.

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

Dureri de ochi și schimbare vizuală

Întrebări

444. O femeie de 24 de ani se prezintă la serviciul de urgență (UR) plângându-se de dureri de ochi drept și vedere înceţoșată de când s-a trezit în această dimineață . Ea afirmă că durerea a început după ce și-a scos lentilele de contact care i-au fost în ochi timp de peste 1 săptămână. Tensiunea arterială (TA) este de 120/75 mm Hg, frecvența cardiacă (HR) este de 75 de bătăi pe minut, temperatura este de 99,1 ° F și frecvența respiratorie (RR) este de 16 respirații pe minut. Acuitatea vizuală a ochiului drept și stâng este de 20/60 și, respectiv, 20/20. I se injectează conjunctivele. Examinarea cu lampă cu fantă relevă o zonă mare de absorbție a fluoresceinei peste axa vizuală. Care dintre următoarele este cea mai potrivită terapie?

a. Apelați la consultația de oftalmologie pentru un transplant de cornee de urgență.
b. Prescrie un analgezic sistemic pentru controlul durerii și sfătuiește pacienta să nu-și poarte lentile de contact pentru săptămâna următoare.
c. Prescrieți picături oftalmice cu ciprofloxacină, analgezie orală, actualizați profilaxia tetanosului și organizați urmărirea oftalmologică.
d. Prescrieți amoxicilină orală, un anestezic topic, cum ar fi tetracaina și urmăriți pacientul cu un oftalmolog.
e. Prescripți-i picături oftalmice cu ciprofloxacină și cereți pacientului să poarte cu strictețe un plasture pentru ochi până când durerea îi dispare.

445. O femeie în vârstă de 60 de ani se prezintă la urgență plângându-se de durere la ochiul drept și senzație de arsură pe jumătate din frunte și scalp. La examenul fizic, observați un petic de vezicule grupate pe o bază eritematoasă situată într-o distribuție dermatomală pe scalp și frunte . Există, de asemenea, câteva vezicule situate în vârful nasului pacientului. Acuitatea ei vizuală este de 20/20 bilateral, inima este fără suflu, plămânii sunt limpezi, abdomenul este moale și nu există rezultate brute la examenul neurologic . Care dintre următoarele este cea mai îngrijorătoare complicație a prezentării clinice a acestui pacient?

a. Implicarea sistemului nervos central (SNC) care duce la meningită
b. Afectare oftalmică care duce la uveită anterioară sau cicatrizare a corneei
c. Afectarea cardiacă care duce la endocardită
d. Cicatrice permanentă a feței ei
e. Afectarea nazopalatina duce la epistaxis

446. O asistentă de 31 de ani din spitalul dumneavoastră a observat o leziune la ochiul stâng. Ea neagă schimbarea vederii, durerea, febra sau scurgerile. O poză cu ochiul ei este prezentată mai jos. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

(Reproduced, with permission, from Knoop KJ, Stack LB, Storrow AB. Atlas of Emergency Medicine*. NewYork, NY:McGraw-Hill, 2002:43.)*

a. Hordeolum Chalazion Dacriocistita Pinguecula Pterygium
b. **447.** Un bărbat în vârstă de 72 de ani se prezintă cu durere de ochiul drept
c. timp de 1 zi. Pacientul are antecedente de diabet zaharat, hipertensiune
d. arterială și „un fel de problemă oculară". Nu-și amintește numele problemei
e. sale oculare sau numele medicamentelor sale oftalmice. Cu toate acestea, el își

amintește că picătura de ochi are un capac galben. Ce clasă de medicamente oftalmice ia pacientul?

a. Antibiotic
b. Ș -Blocker
c. Agent midriatic/cicloplegic
d. Miotic
e. Anestezic

448. O femeie de 35 de ani se prezintă cu un ochi roşu pe partea dreaptă timp de 3 zile. Ea neagă durerea și constată că are scurgeri apoase din ochi. Ea a tuse și a congestionat în ultimele 5 zile. La examinare, pacientul are o temperatură de 98,4 ° F, HR de 72 bătăi pe minut, TA de 110/70 mm Hg şi RR de 14 respiraţii pe minut. Acuitatea ei vizuală este de 20/20. La inspecție, conjunctiva este eritematoasă, cu chemoză minimă și secreție clară. Examenele cu lampă cu fantă, fluoresceină și funduscopic nu sunt de altfel marcabile. Pacientul are un ganglion limfatic preauricular nedolerant și amigdale mărite, fără exsudate. Care este diagnosticul cel mai probabil?

a. Conjunctivită gonococică
b. Conjunctivită bacteriană
c. Conjunctivită virală
d. Conjunctivită alergică
e. Conjunctivită pseudomonală

449. O fată de 24 de ani se prezintă la urgenţă la ora 4 dimineaţa cu o durere severă la ochiul stâng care a trezit-o din somn. Ea poartă lentile de contact moi şi nu le scoate de obicei la culcare. Are dureri puternice şi poartă ochelari de soare în sala de examinare. Îi dai o picătură de proparacaină pentru a-i trata durerea înainte de examinare. La examinare, vederea ei este la momentul iniţial şi nu are defect pupilar aferent. Există o oarecare temă conjunctivală perilimbic. La examinarea cu fluoresceină, o zonă liniară pe partea stângă a corneei este evidenţiată atunci când se aplică lumină albastru cobalt. Nu este vizualizat niciun infiltrat alb subiacent . Nu sunt vizualizate celule albe sau erupţii în camera anterioară . Care este cel mai potrivit tratament pentru această afecţiune?

a. Consultatie oftalmologica imediata
b. Tobramicină unguent oftalmic
c. Unguent oftalmic cu eritromicină
d. Petice pentru ochi
e. Picături oftalmice de proparacaină

450. O femeie de 45 de ani se prezintă cu durere şi înroşire a ochiului drept timp de 1 zi Are fotofobie şi scurgeri apoase din ochi. Nu poartă ochelari sau lentile de contact şi nu are probleme cu ochii anterioare. La examinare, acuitatea vizuală a pacientului este de 20/20 la ochiul stâng şi 20/70 la ochiul drept. Are injecţie conjunctivală în jurul corneei şi scurgeri apoase clare. La examinarea cu lampă cu fantă, pleoapele, genele şi camera anterioară sunt normale. Când se aplică fluoresceină, se observă un defect epitelial ramificat, de culoare albă. Restul examenului capului este normal şi pacientul nu prezintă leziuni cutanate. Care dintre următoarele este cel mai potrivit tratament pentru acest pacient?

a. Admiterea pentru antibiotice intravenoase (IV).
b. Admiterea pentru agenţi antivirali IV
c. Steroizi topici
d. Medicamente antivirale topice
e. Consultatie oftalmologica imediata

451. Un tânăr de 21 de ani se prezintă la urgenţă cu ochi roşii. Pacientul se plânge de rinoree şi o tuse neproductivă, dar nu are dureri de ochi sau scurgeri. De asemenea, nu are asociate echimoze, sensibilitate osoasa a orbitei sau dureri la miscarea extraoculara a ochilor. Vederea lui este normală, mişcările extraoculare sunt intacte, iar presiunea intraoculară (PIO) este de 12. O imagine a ochiului său este prezentată mai jos. Care este cel mai adecvat management al acestei afecţiuni?

(Reprodus, cu permisiune, din Riordan-Eva P, Asbury T,Whitcher JP. Vaughan & Asbury's Oftalmologie generală *. New York, NY:McGraw-Hill, 2004: 124.)*

a. Sunaţi imediat la oftalmologie.
b. Se administrează 1% atropină.
c. Ridicaţi capul pacientului.
d. Se administrează timolol oftalmic.
e. Doar reasigurare.

452. Un mecanic în vârstă de 28 de ani, fără antecedente medicale, se prezintă la urgenţă după ce o cantitate mică de acid de baterie i-a fost stropită în ochiul drept. El se plânge de durere extremă şi de ruptură din ochi. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Sună acum la oftalmologie.
b. Verificaţi acuitatea vizuală.
c. Verificaţi pH-ul lacrimilor.
d. Irigaţi cu ser fiziologic normal.
e. Aplicaţi unguent cu eritromicină.

453. Un bărbat de 45 de ani şi-a lacerat fruntea dreaptă după o altercaţie într-un bar din localitate. În loc să solicite asistenţă medicală, pacientul şi-a aplicat super adeziv pe rană. El a oprit cu succes sângerarea, dar o parte din lipici i-a intrat în ochiul drept şi acum vine la urgenţă cu greu să-şi deschidă ochiul drept. Care este cel mai potrivit tratament pentru acest pacient?

a. Sunaţi imediat la oftalmologie.
b. Spălaţi ochii cu acetonă.
c. Spălaţi ochii cu soluţie salină normală.
d. Utilizaţi pense pentru a îndepărta tot lipiciul din ochi.
e. Aplicaţi unguent cu eritromicină.

454. Casa sororității locale a instalat recent o stație de bronzare. Două zile mai târziu, trei fete de la sororitate se prezintă la urgență cu dureri oculare bilaterale, lacrimare și fotofobie. După instilarea anesteziei oftalmice, se efectuează un examen oftalmologic complet. Acuitatea vizuală este normală. Mișcările oculare extraoculare sunt intacte, iar pupilele sunt egale, rotunde și reactive la lumină. PIO este normală. Examinarea cu lampă cu fantă este normală, dar examinarea cu fluoresceină sub lumină albastru cobalt luminează puncte mici în întreaga cornee. Care este diagnosticul cel mai probabil?

a. Keratită ultravioletă
b. Uveita anterioară
c. Keratita herpes simplex
d. Conjunctivită alergică
e. Ulcerul corneei

455. O fetiță de 12 ani se prezintă la urgență pentru durere și umflare a ochiului stâng timp de 2 zile. Pacientul a avut tuse, congestie și rinoree în ultima săptămână care se ameliorează. La examinare, temperatura ei este de 100,8 ° F, HR 115 bătăi pe minut, RR 12 respirații pe minut și TA 110/70 mm Hg. La examinarea ochilor, există umflare roșie-violet atât a pleoapelor superioare, cât și a celor inferioare, cu injectarea conjunctivei. Elevii sunt egali și reactivi la lumină. Există o privire laterală restrânsă. Acuitatea vizuală este de 20/70 la ochiul stâng și 20/25 la ochiul drept. Restul examenului fizic este normal. Care este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Se administrează difenhidramină
b. Se administrează amoxicilină/clavulanat
c. Se administrează vancomicină IV
d. Scanarea tomografică computerizată (CT) a orbitelor și a sinusurilor
e. Administrați lacrimi artificiale

456. Un bărbat în vârstă de 60 de ani cu antecedente de hipertensiune arterială și migrenă se prezintă la urgență cu o durere de cap. El descrie cefaleea pe partea stângă și durerea oculară care este asociată cu greață și vărsături. Pacientul are o istorie lungă de migrene, dar spune că migrenele sale nu includ de obicei dureri de ochi. La examinare, temperatura lui este de 97,6 ° F, HR 84 bătăi pe minut, RR 12 respirații pe minut și TA 134/80 mm Hg. Examenul lui neurologic este normal. Ochiul său stâng este mijlociu dilatat și nereactiv. Corneea lui este tulbure Acuitatea sa vizuală corectată este de 20/50 în ochiul stâng și 20/20 în ochiul drept. Care este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Se administrează hidromorfonă
b. Tomografia capului
c. Verificați IOP

d. Verificaţi viteza de sedimentare a eritrocitelor (VSH)
e. Pacientul externat

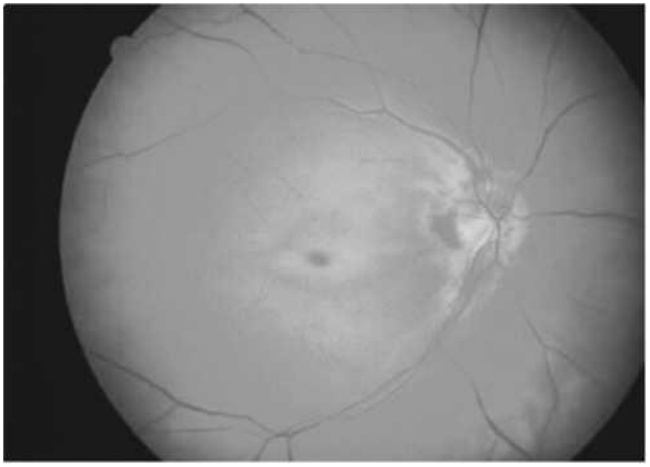
457. Un tânăr de 22 de ani se prezintă la urgenţă pentru dureri de ochi stâng. Ieri a fost într-o altercation şi a fost lovit cu pumnul în ochiul stâng. La examinare, ochiul său stâng este echimotic şi pleoapele sunt umflate închise. Are sensibilitate peste marginea infraorbitală, dar nu are depăşiri. Foloseşti un speculum pentru pleoape pentru a-i examina ochiul. Pupilele lui sunt egale şi reactive la lumină. Acuitatea lui vizuală este normală. La testarea mişcărilor extraoculare, descoperiţi că nu poate privi în sus cu ochiul stâng. De asemenea, se plânge de diplopie când se uită în sus. Examenul funuscopic este normal. Care este diagnosticul cel mai probabil?

a. Fractură prin erupţie orbitală
b. Glob rupt
c. Dezlipirea retinei
d. Paralizia nervului cranian III
e. Hematom retrobulbar traumatic

458. Examinezi pupilele unui pacient. La inspecţie, pupilele au 3 mm şi sunt egale bilateral. Luminezi o lanternă în pupila dreaptă şi ambele pupile se strâng la 1 mm. Apoi luminezi lanterna în pupila stângă şi ambele pupile se dilată uşor. Cum se numeşte această condiţie?

a. Anizocoria
b. elev Argyll Robertson
c. Defect pupilar aferent
d. sindromul Horner
e. Reacţie normală a pupilei

459. Un bărbat de 65 de ani cu antecedente de diabet, hipertensiune arterială, boală coronariană şi fibrilaţie atrială prezintă pierderea vederii la ochiul stâng de când s-a trezit în urmă cu 6 ore. Pacientul neagă febra, durerea oculară sau secreţia oculară . La examinarea fizică a ochiului stâng, vederea este limitată la numărarea degetelor. Pupila lui este de 3 mm şi reactivă. Mişcările extraoculare sunt intacte. Examinarea cu lampă cu fantă este, de asemenea, normală. Examenul funduscopic dilatat este prezentat mai jos. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?



(Reprodus, cu permisiune, din Knoop KJ, Stack LB, Storrow AB. Atlas of Emergency Medicine . *NewYork, NY:McGraw-Hill, 2002:82.)*

a. Dezlipirea retinei
b. Ocluzia arterei centrale a retinei
c. Ocluzia venei centrale a retinei
d. Hemoragie vitroasă
e. Glaucom acut cu unghi închis

Dureri de ochi și schimbare vizuală

Răspunsuri

444. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp. 752-754.)* Cel mai probabil, pacientul a suferit o **abraziune a corneei** în urma utilizării prelungite **a lentilelor de contact** . Defectele epiteliale ale corneei sunt diagnosticate prin examinarea cu lampă cu fantă prin observarea **captării fluoresceinei** în zona defectului. Tratamentul constă de obicei în cicloplegie şi medicamente pentru durere topică sau orală. Pacienţii cu lentile de contact trebuie trataţi cu antibiotice topice cu acoperire **antipseudomonală .** Pacienţii nu trebuie să poarte lentilele de contact până la vindecarea completă a epiteliului corneei. Toţi pacienţii trebuie să urmărească un oftalmolog.

(a) abraziunile corneene se vindecă de obicei bine cu îngrijirea adecvată şi nu necesită un transplant. **(b)** Un antibiotic topic ar trebui, de asemenea, să fie prescris pentru a preveni infecţia secundară. **(d)** Amoxicilina nu este un antibiotic adecvat deoarece nu este topic şi nu este antipseudomonal. În plus, tetracaina, dacă este utilizată frecvent, poate descompune corneea şi poate provoca leziuni permanente. **(e)** Plasarea ochilor trebuie evitată, în special în cazul rănilor care implică lentile de contact. Datele sugerează că plasturele pe ochi nu oferă niciun beneficiu în vindecarea abraziunilor corneene mici şi necomplicate şi poate oferi un mediu mai bun pentru proliferarea pseudomonas.

445. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp 1656-1657.)* Pacientul are **herpes zoster,** sau **zona zoster,** o infecţie cauzată de **virusul varicelo-zoster.** Erupţia cutanată a pacientului implică cel mai probabil **diviziunea oftalmică** a **nervului trigemen.** În plus, veziculele găsite pe vârful nasului pacientului se corelează puternic cu implicarea virală a ochiului. **Semnul Hutchinson** este folosit pentru a desemna veziculele de pe vârful nasului unui pacient în cazul herpesului zoster. Când există afectare oculară infecţia se numeşte **herpes zoster oftalmic. Complicaţiile oculare** apar în 20% până la 70% din cazuri care implică diviziunea oftalmică a nervului trigemen. Severitatea variază de la conjunctivită uşoară până la panoftalmită. În plus, pacientul prezintă risc de uveită anterioară, glaucom secundar şi cicatrici corneene.

(a) Complicaţiile zosterului includ implicarea SNC care poate duce la meningoencefalită, mielită şi neuropatie periferică; cu toate acestea, examenul neurologic actual al pacientului este neremarcabil. **(c)** Deşi zosterul se poate disemina în organele viscerale, precum creierul, nu au fost raportate vreodată cazuri de endocardită. **(d)** Erupţia cu zoster se vindecă de obicei în decurs de o lună şi nu lasă o cicatrice permanentă, **(e)** Epistaxisul nu este o complicaţie a zosterului.

446. **Răspunsul este e.** *(Knoop, pp. 43-44.)* Acest pacient are un **pterigion,** o creştere triunghiulară a ţesutului de la conjunctiva bulbară până la periferia corneei. Este mai frecventă pe partea nazală a corneei şi poate afecta unul sau ambii ochi. Pterigionul este asociat cu expunerea la vânt, praf şi lumina soarelui. Majoritatea cazurilor sunt asimptomatice şi pot fi urmărite de un oftalmolog . În cazurile în care pterigionul creşte în axa vizuală sau restricţionează mişcarea extraoculară, este indicată excizia chirurgicală.

Pinguecula **(d)** este o leziune grasă galben-albicioasă a conjunctivei bulbare , care poate fi de ambele părţi ale corneei, dar este mai frecvent observată pe partea nazală. Dacriocistita **(c)** este o inflamaţie a sacului lacrimal care se caracterizează prin durere, umflare şi eritem al sacului lacrimal pe aspectul nazal extrem al pleoapei inferioare. Presiunea pe sacul lacrimal la un pacient cu dacriocistită poate exprima puroi. Hordeolum **(a)** sau orzul este o infecţie acută şi un abces al glandelor din interiorul pleoapelor. Chalazionele **(b)** sunt inflamaţii granulomatoase ale glandelor meibomiane din pleoape. Spre deosebire de hordeolele eritematoase, edematoase şi dureroase, lazioanele cha sunt de obicei umflături dure şi nedureroase.

447. **Răspunsul este b.** *(Riordan-Eva et al, pp. 62-79.)* **Medicamentele oftalmice** sunt **codificate prin culori** . Deşi această întrebare poate părea ezoterică, poate fi util din punct de vedere clinic să cunoaştem culorile medicamentelor pentru ochi. În acest caz, ştiind că capacele galbene sunt **blocante** sugerează că acest pacient poate fi tratat în prezent pentru glaucom. Cunoaşterea culorii medicamentelor vă poate ajuta, de asemenea, să găsiţi rapid un anumit medicament dintr-un grup mare de medicamente pentru ochi.

Antibioticele **(a)** sunt de obicei bronzate, midriaticele şi cicloplegicele **(c)** sunt roşii, mioticele **(d)** sunt verzi şi anestezicele **(e)** sunt albe. Midriaticele şi cicloplegiile sunt medicamente care provoacă paralizia muşchilor ciliari şi dilatarea pupilei . Mioticele sunt medicamente care cauzează constricţia pupilară.

448. Răspunsul este c. *(Tintinalli, pp 1452-1453.)* Acest pacient are **conjunctivită virală clasică** care este asociată cu o infecţie virală a căilor respiratorii superioare. Pacienţii cu conjunctivită virală au de obicei **conjunctiva înroşită** şi **scurgeri apoase** . Adenopatia preauriculară este, de asemenea, asociată cu etiologia virală. Tratamentul include comprese reci şi un medicament combinat antihistaminic/ a -adrenergic - nafazolină/feniramină - pentru îngrijirea simptomatică.

Pacienţii cu conjunctivită bacteriană **(b)** au secreţii mucopurulente groase şi adesea se trezesc cu pleoapele lipite. Aceşti pacienţi sunt trataţi cu antibiotice cu spectru larg. Conjunctivitele bacteriene şi virale nu se prezintă întotdeauna în mod clasic şi pot fi dificil de distins clinic. Mulţi medici vor trata, prin urmare, pacienţii cu conjunctivită cu picături pentru ochi cu antibiotice până când aceştia pot fi reexaminaţi de un oftalmolog. Pacienţii care poartă lentile de contact sunt expuşi riscului de conjunctivită pseudomonală **(e).** Aceştia trebuie trataţi cu un antibiotic care acoperă *Pseudomonas,* cum ar fi o fluorochinolonă sau aminoglicozidă. Este foarte important să se ia în considerare întotdeauna - conjunctivita gonococică **(a)** la indivizii activi sexual, deoarece această infecţie poate provoca pierderea permanentă a vederii dacă nu este identificată şi tratată rapid. Pacienţii cu conjunctivită gonococică au o conjunctivită severă cu drenaj mucopurulent abundent şi conjunctivă eritematoasă. Antibioticele pentru pacientul internat trebuie începute în timp ce se aşteaptă rezultatele coloraţiei Gram oculare şi culturii. Conjunctivita alergică **(d)** se prezintă cu scurgere apoasă şi roşeaţă a ochilor, dar mâncărimea este cel mai proeminent simptom. Exacerbările ciclice asociate cu expunerea la alergeni pot fi indicii pentru diagnosticul de conjunctivită alergică.

449. Răspunsul este b. *(Tintinalli, p. 1455.)* Acest pacient are o **abraziune a corneei** din cauza utilizării prelungite a lentilelor de contact. Abraziunea **se aprinde** după colorarea cu fluoresceină şi iluminarea cu albastru cobalt a corneei. Purtătorii de lentile de contact cu abraziuni prezintă un risc ridicat de infecţie *cu Pseudomonas* şi trebuie trataţi cu un agent antipseudomonal (adică, unguent oftalmic de tobramicină) sau picături de fluorochinolonă. Este esenţial să distingem o abraziune de un ulcer corneean. Ulcerele sunt infecţii mai profunde ale corneei care se dezvoltă din defecte epiteliale corneene (adică, abraziuni). Purtătorii de lentile de contact prezintă, de asemenea, un risc ridicat de ulcere corneene. Semnul distinctiv al ulcerului corneean este un infiltrat alb, alb, în defectul epitelial corneean.

(c) abraziunile corneene necomplicate pot fi tratate cu unguent cu eritromicină. Ulcerele corneene sunt tratate agresiv cu antibiotice antipseudomonale şi consult oftalmologic imediat **(a).** Unii oftalmologi vor vedea

pacientul în ED pentru a efectua coloraţie Gram şi culturi corneene; în timp ce alţi oftalmologi vor examina pacientul în 12 ore în cabinetul . Plasturile pentru ochi **(d)** sunt controversate, dar nu trebuie administrate pacienţilor cu risc de infecţii fungice sau infecţii pseudomonale, deoarece aceştia prezintă risc de topire rapidă şi perforare a corneei. Agenţii anestezici topici, cum ar fi proparacaina **(e),** pot fi de ajutor pentru a facilita examinarea în sala de urgenţă, dar nu trebuie niciodată eliberaţi pacienţilor. Utilizarea repetată a acestor agenţi poate provoca leziuni corneene şi pierderea vederii.

450. Răspunsul este d. *(Tintinalli, pp. 1453-1454.)* Acest pacient are o **boală epitelială a corneei** cauzată de **virusul herpes simplex. Semnul** distinctiv al acestei boli este ulcerul ramificat sau **dendritic** . Pacienţii se pot prezenta, de asemenea, fără implicarea corneei, dar vor avea leziuni cutanate herpetice tipice la nivelul pleoapelor şi conjunctivei. Pacienţii trebuie trataţi cu antivirale topice, cum ar fi trifluridină, cu antibiotice topice adăugate pentru a preveni infecţia bacteriană secundară.

Antibioticele IV **(a)** nu sunt indicate pentru keratita herpes simplex. Corticosteroizii **(c)** trebuie evitaţi, deoarece steroizii pot creşte replicarea virală şi pot agrava infecţia . Pacienţii trebuie să efectueze urmărirea oftalmologică în 1 până la 2 zile. Dacă există dovezi pentru herpes zoster oftalmic, o infecţie care implică nervul trigemen cu afectare oculară, atunci trebuie consultată imediat oftalmologia **(e)** şi pacientul trebuie internat pentru antivirale IV **(b).**

451. Răspunsul este e. *(Tintinalli, pp 1455, 1457-1458.)* Acest pacient are **hemoragie subconjunctivală** cauzată de ruperea vasului conjunctival din cauza tusei. Această plângere comună de ED poate rezulta spontan sau din vârfurile de presiune induse de Val salva (cum ar fi tusea sau răpirea), traume şi hipertensiune arterială.

Pacienţii pot fi asiguraţi că hemoragiile subconjunctivale se rezolvă spontan în 1 până la 2 săptămâni **(e).** Hemoragia subconjunctivală este uneori confundată cu hipema sau sânge în camera anterioară. Hifemele pot fi traumatice de la ruperea unui vas de iris sau spontane, de obicei asociate cu drepanocită. Sângerarea în camera anterioară poate determina creşterea IOP şi trebuie tratată agresiv cu blocante Ş **(d)** şi man nitol. Inhibitorii de anhidrază carbonică (Diamox) ar trebui evitaţi la pacienţii cu celule secerate, deoarece aceste medicamente scad pH-ul camerei anterioare, în cele din urmă, crescând siglarea eritrocitară şi crescând IOP. Activitatea pupilară întinde vasele irisului şi exacerbează sângerarea cu hipema; prin urmare, agenţi midriatici, cum ar fi atropina **(b)** sunt utilizaţi pentru a menţine pupila dilatată. Capul patului poate

fi ridicat **(c)** pentru a minimiza cotele de PIO. Mulţi oftalmologi vor interna toţi pacienţii cu hipema. Acest lucru se datorează faptului că 30% dintre hifeme resângerează în 3 până la 5 zile, ducând la creşteri periculos de mari ale IOP care necesită terapie chirurgicală. Unii oftalmologi vor urmări pacienţii cu hipeme mai puţin de o treime din camera anterioară în ambulatoriu. Cu toate acestea, oftalmologia trebuie consultată de urgenţă în timp ce pacientul se află în UR şi deciziile individuale pot fi discutate **(a).**

452. **Răspunsul este d.** *(Tintinalli, pp 1458-1459.)* **Leziunile chimice** ale ochiului trebuie **irigate** cu cel puţin 1 până la 2 L de soluţie salină normală de îndată ce ajung în UR. Anestezia locală şi utilizarea unei lentile Morgan (un dispozitiv special pentru a oferi o irigare de volum mare a ochiului) pot ajuta la facilitarea acestei proceduri.

(b) Pot apărea leziuni oculare ireversibile dacă irigarea este întreruptă pentru o examinare fizică şi pentru testarea acuităţii vizuale. Verificarea pH-ului lacrimilor **(c)** ajută la determinarea eficacităţii irigaţiei, dar trebuie verificată după ce a început irigarea. Când pH-ul ocular revine la 7,5 până la 8,0, irigarea poate fi oprită şi trebuie efectuată o examinare completă a ochiului. Nu uitaţi să verificaţi acuitatea vizuală şi să acordaţi o atenţie deosebită tulburării corneei sau defectelor epiteliale corneene. **(e)** Pacienţii cu defecte epiteliale sau tulburări corneene trebuie să primească un antibiotic oftalmic. Pacienţii fără afectarea corneei sau a camerei anterioare au nevoie doar de unguent cu eritromicină. Oftalmologul **(a)** trebuie anunţat, după stabilizarea iniţială, cu privire la toţi pacienţii cu leziuni chimice ale ochiului şi trebuie aranjată urmărirea în 12 până la 24 de ore, în consultare cu oftalmologul.

453. **Răspunsul este e.** *(Tintinalli, p. 1459.)* Din fericire, expunerea la ochi cu super-clei sau lipici nebun (cianoacrilat) nu dăunează permanent ochiului. Iritaţia corneei poate apărea de la adezivul dur, de formă neregulată. Pentru a preveni acest efect abraziv, trebuie aplicate cantităţi mari de unguent cu eritromicină pe ochi şi pe pleoape ca lubrifiant. Bucuri mari de lipici pot fi îndepărtate manual.

Instrumentele pentru îndepărtarea tuturor produselor adezive **(d)** nu sunt necesare în ED. Adezivul se va slăbi în timp şi va fi mai uşor de îndepărtat în câteva zile. Spălarea ochiului cu soluţie salină normală **(c)** nu va fi utilă decât dacă există aglomerări libere mari care vor fi spălate **(b)** În timp ce aplicarea acetonei poate ajuta la îndepărtarea cianoacrilatului de pe îmbrăcăminte şi suprafeţe, acetona (sau orice altă substanţă chimică) nu trebuie niciodată infuzată în ochi. **(a)** Aceşti pacienţi trebuie să urmărească oftalmologie în 1 până la 2 zile.

454. **Răspunsul este a.** *(Tintinalli, p. 1459.)* Aceste fete au uitat să poarte protecţie pentru ochi în timp ce foloseau luminile de bronzare şi au **cheratită cu ultraviolete.** Antecedentele de expunere la lămpi de bronzare, sudare sau soare sugerează diagnosticul, iar colorarea cu fluoresceină care arată **cheratită punctiformă superficială** confirmă diagnosticul. Tratamentul constă în analgezie, cicloplegice pentru a reduce spasmul ciliar şi durerea, unguent cu eritromicină şi urmărire oftalmologică în 1 până la 2 zile. Din fericire, majoritatea pacienţilor cu cheratită ultravioletă îşi revin complet numai cu îngrijiri de susţinere.

Irita sau uveita anterioară **(b)** poate provoca, de asemenea, înroşirea ochilor şi durere. Este o inflamaţie intraoculară a tractului uveal anterior cu numeroase posibile etiologii infecţioase şi inflamatorii. Irita este diagnosticată prin istoricul şi vizualizarea celulelor şi erupţia în camera anterioară la examinarea cu lampă cu fantă. În concordanţă cu o etiologie infecţioasă sau inflamatorie, celulele reprezintă leucocite care plutesc în umoarea apoasă, iar erupţia reprezintă o - acumulare neclară de proteine. Keratita herpes simplex **(c)** are semnul distinctiv defect epitelial dendritic la examenul cu fluoresceină. Pacienţii cu conjunctivită alergică **(d)** prezintă secreţii oculare, mâncărime şi uscarea ochilor. În timp ce un cheratitis punctat poate fi observat la examenul cu fluoresceină, un istoric de durere oculară deosebită nu este în concordanţă cu conjunctivita alergică. Ulcerele corneene **(e)** se pot prezenta cu eritem şi dureri oculare, dar prezintă infiltrate albe, neclare la examenul cu fluoresceină.

455. **Răspunsul este c.** *(Tintinalli, pp 1454-1455.)* Acest pacient are **celulită orbitală,** o infecţie adâncă în septul orbital. Pacientul a avut o infecţie recentă a căilor respiratorii superioare şi sinuzită care probabil a dus la extinderea orbitală a infecţiei. *Staphylococcus aureus* şi *Haemophilus influenzae* sunt etiologii frecvente, iar mucormicoza trebuie luată în considerare la diabetici şi la pacienţii imunodeprimaţi. Rezultatele clinice distinctive ale celulitei orbitale sunt durerea oculară, febra, **motilitatea oculară afectată,** acuitatea vizuală scăzută şi proptoza. Pacienţii trebuie trataţi cu antibiotice IV, cum ar fi cefuroximă, o combinaţie de penicilină şi nafcilină sau vancomicină şi internaţi în spital. În acest caz, diagnosticul este clar din istoric şi examenul fizic şi tratamentul trebuie început prompt. Celulita orbitală trebuie diferenţiată de celulita preseptală şi de reacţiile alergice. Celulita preseeptală este o celulită superficială care nu pătrunde în septul orbital . Pacienţii prezintă pleoape umflate, roşii, dar fără modificări ale vederii, modificări ale pupilei sau modificări ale motilităţii oculare.

Scanările CT orbitale şi sinusale **(d)** pot fi efectuate după începerea antibioticelor pentru a exclude un abces. Scanările CT sunt utile şi atunci când diagnosticul de celulită orbitală este luat în considerare, dar nu este clar din

punct de vedere clinic. Pacienţii cu vârsta peste 5 ani cu celulită preseptală pot fi trataţi cu amoxicilină/clavulanat pe cale orală **(b)** şi pot fi urmăriţi îndeaproape cu medicul lor obişnuit. Copiii cu vârsta mai mică de 5 ani sunt expuşi riscului de bacteriemie sistemică şi ar trebui internaţi pentru antibiotice IV. Pacienţii cu reacţii alergice au umflare şi eritem la nivelul pleoapelor, dar fără febră sau sensibilitate la palpare. Aceşti pacienţi pot fi trataţi cu lacrimi artificiale **(e)** şi antihistaminice, cum ar fi **(a)** difenhidramină.

456. **Răspunsul este c.** *(Tintinalli, pp 1459, 1461-1462.)* Acest pacient are **glaucom acut cu unghi închis,** atunci când producţia de umoare apoasă din camera posterioară a ochiului nu poate să se scurgă prin camera anterioară şi obstrucţia rezultată determină **creşterea PIO** La examinare, pacienţii cu PIO crescută au o pupă dilatată şi coreală scăzută, cu **o vedere mediană dilatată** şi necoredală. Diagnosticul este strâns prin verificarea IOP cu un tonopen sau tonometru. PIO normală este de 10 până la 21 mm Hg. Pacienţii cu PIO crescută trebuie trataţi cu medicamente pentru a scădea producţia de umoare apoasă. Verificarea IOP este un test simplu, rapid, care ar trebui efectuat pe toţi pacienţii cu cefalee şi dureri orbitale. Dacă acest test este negativ, trebuie investigate alte cauze ale durerii de cap şi ale durerii oculare.

Acest pacient nu se confruntă cu o migrenă tipică şi are anomalii la examenul fizic. Prin urmare, externarea pacientului fără investigaţii suplimentare este inadecvată **(e).** Controlul durerii este adecvat pentru acest pacient, dar având în vedere greaţa şi vărsăturile sale, este puţin probabil ca acesta să tolereze hidromorfona orală **(a).** Verificarea unui VSH **(d)** este utilă dacă suspectaţi o arterită temporală. Scanarea CT a capului **(b)** poate fi luată în considerare în evaluarea unei dureri de cap atipice, dar mai întâi trebuie efectuate teste mai simple, cum ar fi tonometria.

457. **Răspunsul este a.** *(Tintinalli, pp 1457-1464, 1587-1588. Vassallo, pp 251-256.)* Acest pacient are o **fractură orbitală** a peretelui inferior care provoacă **blocarea muşchiului drept inferior** şi **motilitatea oculară limitată** cu diplopie. O scanare CT cu tăieturi subţiri prin orbite poate confirma diagnosticul. Pacienţii cu această leziune sunt în general început să ia antibiotice pe cale orală din cauza riscului de infecţie cu fracturi ale peretelui sinusal şi pot urmări serviciul chirurgical corespunzător al instituţiei în 3 până la 10 zile. Aceste leziuni sunt asociate cu alte probleme oculare şi trebuie efectuată o examinare atentă a ochilor pentru a exclude abraziuni, laceraţii, corpi străini, hipema, irită, dezlipirea retinei şi luxaţia cristalinului.

Pacientul nu are semne de dezlipire de retină **(c)** având în vedere acuitatea

vizuală normală şi examenul funduscopic. Cu toate acestea, chiar şi cu o examinare normală în UR, pacienţii cu fracturi de explozie orbitală ar trebui să fie îndrumaţi la un oftalmolog pentru o examinare repetată pentru a exclude o dezlipire traumatică de retină. Globurile rupte **(b)** sunt mai frecvente în cazul traumatismelor penetrante, iar indicii pentru acest diagnostic sunt camera anterioară superficială , hipema, pupila neregulată, scăderea semnificativă a vederii. Dacă se suspectează o ruptură de glob, trebuie aplicat un ecran dur pentru ochi şi consultat oftalmologie. Nu verificaţi PIO la pacienţii cu suspiciune de ruptură a globurilor, deoarece aceasta poate agrava leziunea Paralizia nervului cranian III **(d)** prezintă probleme cu privirea medială, privirea în sus, privirea în jos, precum şi ptoza. Acest pacient are dificultăţi doar cu privirea în sus, sugerând că nervul cranian III este intact. Hemoragia retrobulbară traumatică **(e)** este o deplasare a globului şi a septului anterior cauzată de sângerare în orbită. Deoarece globul are o capacitate limitată de expansiune, sângerarea continuă pune presiune asupra structurilor oculare. Compresia nervului optic duce la scăderea acuităţii vizuale, iar presiunea continuă pe glob duce la proptoză. Pacienţii cu antecedente traumatice şi semne clinice sugestive de hemoragie retrobulbară necesită decompresie orbitală de urgenţă prin cantoliza laterală.

458. **Răspunsul este c.** *(Knoop et al, p 67. Tintinalli, pp 1451, 1463.)* Acest pacient are un **defect pupilar aferent (APD),** cunoscut şi sub numele de **pupilă Marcus Gunn.** La pacienţii cu APD, lumina strălucită în pupila afectată provoacă o mică dilatare fără constricţie. APD este rezultatul unei leziuni în calea vizuală anterioară a retinei, a nervului optic sau a chiasmei optice care împiedică recepţia luminii în ochiul afectat. Nicio pupilă nu se constrânge, deoarece constricţia este mediată central în mijlocul creierului. APD-urile sunt sensibile la boală, dar nu sunt specifice. Diagnosticul diferenţial pentru un APD include ocluzia arterei sau venei centrale a retinei, tulburări ale nervului optic, cum ar fi nevrita optică, tumora sau glaucomul şi leziuni ale chiasmei sau tractului optic.

Anizocoria **(a)** este dimensiunea inegală a pupilei. La iluminarea normală a încăperii, pupilele normale pot avea dimensiuni diferite de 1 până la 2 mm. Un elev Argyll Robertson **(b)** se constrânge în timpul acomodarii (cum era de aşteptat), dar nu se constrânge ca răspuns la lumină. Acest lucru se vede de obicei la ambii ochi şi este asociat cu neurosifilis . Sindromul Horner **(d)** este scăderea inervaţiei simpatice a ochiului de la întreruperea lanţului simpatic în orice punct de la trunchiul cerebral până la plexul simpatic din jurul arterei carotide. Din punct de vedere clinic, pacienţii cu sindrom Horner au ptoză, mioză şi anhidroză. **(e)** Răspunsul normal al pupilei la lumină este constricţia pupilei urmată de o

cantitate mică de dilatare.

459. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli, pp 1460-1462.)* Diagnosticul diferenţial pentru pierderea acută nedureroasă a vederii include dezlipirea retinei, ocluziile arterei şi venei centrale ale retinei, hemoragia vitroasă şi atacul ischemic tranzitoriu. Un oftalmolog trebuie chemat imediat atunci când susţine aceste diagnostice, deoarece o examinare funduscopică amănunţită şi un tratament prompt sunt esenţiale. La examenul funduscopic, pacientul are o **pată maculară roşie vişinie** cu o **retină palidă** şi artere mai puţin pronunţate. Acesta este diagnosticul de **ocluzie a arterei centrale retiniene.** Ocluzia aportului sanguin central al retinei este cauzată de obicei de embolii, trombi, vasculite sau traumatisme. Tratamentul urmăreşte dislocarea cheagului din artera principală într-una dintre ramurile acesteia şi include masaj digital, vasodilataţie şi scăderea IOP.

Glaucomul acut cu unghi închis **(e)** cauzează de obicei pierderea dureroasă a vederii. Ocluzia venei centrale a retinei **(c)** se prezintă în mod similar cu ocluzia arterei retiniene, dar este cauzată de tromboza venei centrale a retinei din stază, edem şi hemoragie. Examenul funduscopic arată hemoragii retiniene difuze şi edem de disc optic, numit şi fundul de ochi „sânge şi tunet". Tratamentul implică aspirina şi trimiterea promptă la oftalmologie. Dezlipirea retinei **(a)** apare atunci când lichidul vitros se acumulează în spatele unei rupturi de retină care deplasează retina. La fundoscopie, retina va atârna în vitros. Din punct de vedere clinic, dezlipirea de retină poate fi semnalată de vedere înceţoşată sau plutitoare urmate de pierderea nedureroasă a vederii. Hemoragia vitroasă **(d)** este sângerare în camera posterioară. La examenul funduscopic, aceşti pacienţi au sânge care obstrucţionează vederea fundului de ochi. Există multe cauze ale hemoragiei vitroase, inclusiv retinopatia diabetică, dezlipirea retinei, traumatismele şi degenerescenţa maculară legată de vârstă.

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

Îngrijirea rănilor

Întrebări

460. Un tânăr de 25 de ani se prezintă la Urgenţe cu o laceraţie la antebraţul drept pe care a suferit-o de la o bucată de sticlă în timpul unei lupte la bar. El se plânge de durere la locul laceraţiei, dar neagă senzaţia de corp străin. La examinare, laceraţia este superficială şi lungă de 4 cm. Pacientul demonstrează forţă şi senzaţie intacte distal. Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la imagistica acestui pacient este adevărată?

a. Imagistica poate fi omisă deoarece nu are o senzaţie de corp străin.
b. Imagistica nu este indicată deoarece sticla reţinută nu provoacă o reacţie inflamatorie.
c. Filmul simplu este următorul pas cel mai bun în gestionarea acestui pacient.
d. Scanarea tomografică computerizată (CT) este modalitatea cea mai frecvent utilizată pentru a exclude un corp străin.
e. Filmul simplu nu poate exclude osul, dinţii sau sticla în ţesutul moale.

461. O femeie de 30 de ani se prezinta la Urgenta cu o laceratie la mana stanga. Ea relatează că s-a tăiat în timp ce încerca să felieze un covrigi. Are o laceraţie superficială de 2 cm peste eminenţa tenară stângă. Nu sunt implicate structuri mai profunde. Care este cel mai bun mod de a curăţa rana?

a. Faceţi găuri într-o pungă sau o sticlă cu soluţie salină normală şi irigaţi rana.
b. Utilizaţi o seringă de înaltă presiune şi irigaţi cu apă.
c. Curăţarea rănilor nu este necesară, deoarece rana a fost susţinută de un cuţit curat.
d. Înmuiaţi-i mâna în soluţie salină normală timp de 30 de minute.
e. Aplicaţi povidonă-iod pe rană.

462. Un bărbat în vârstă de 40 de ani se prezintă la Urgenţe cu o puncţie la picior stâng din cauza călcării pe un cui ruginit. Ultimul său vaccin împotriva tetanosului a fost în timpul copilăriei, ceea ce a dus la o reacţie alergică severă şi o spitalizare prelungită. Care dintre următoarele este adevărată în ceea ce priveşte imunizarea împotriva tetanosului la acest pacient?

a. Daţi toxoid tetanic.
b. Daţi imunoglobuline antitetanos.
c. Daţi imunoglobulină tetanosică şi anatoxină.
d. Nu administraţi nici toxoid tetanic, nici imunoglobulină, deoarece a avut o reacţie alergică în trecut.
e. Daţi toxoid tetanic şi imunoglobulină cu difenhidramină.

463. Un băieţel de 5 ani este adus la urgenţă de către mama lui pentru o rănire a frunţii . Ea relatează că a alunecat pe gheaţă şi s-a lovit la cap. Nu a existat nicio pierdere a conştienţei. Copilul este alert şi activ. Are o laceraţie de 3 cm pe frunte care traversează linia părului. Care este cea mai potrivită metodă de închidere a plăgii la acest pacient?

a. Rade părul din jurul laceraţiei şi închide-l cu suturi întrerupte.
b. Rade părul din jurul laceraţiei şi închide-l cu adeziv topic pentru piele (Dermabond).
c. Închideţi cu capse.
d. Închideţi cu Steri-Strips.
e. Închideţi cu suturi întrerupte.

464. O fetiţă de 12 ani se prezintă la urgenţă cu o lacerare a degetului arătător stâng. Ea a suferit rănirea când prietena ei i-a închis accidental portiera maşinii pe deget. Ea are o laceraţie semicirculară distală de articulaţia interfalangiană distală (DIP) pe suprafaţa volară a celui de-al doilea deget din stânga. Senzaţia distală de laceraţie este intactă. Gama de mişcare la articulaţia DIP este intactă. Pacientul speră să fie un model de mână în viitor şi este extrem de îngrijorat de rezultatul cosmetic. Care dintre următoarele este cea mai bună metodă de a furniza anestezie la acest pacient?

a. Aplicarea unui garou pentru controlul sângerării şi irigarea plăgii cu 3 cc de lidocaină
b. Infiltrare locală prin marginile plăgii cu 3 cc de lidocaină
c. Infiltrare locală prin marginile plăgii cu 3 cc de lidocaină cu epinefrină
d. Un bloc digital la baza falangei proximale cu 3 cc de lidocaină
e. Un bloc digital la baza falangei proximale cu 3 cc de lidocaină cu epinefrină

465. O tânără de 18 ani se prezintă la urgenţă cu o laceraţie a buzei inferioare secundară unei căderi. Pacienta relatează că a căzut înainte după ce călcâiul i s-a prins într-un canal de scurgere. Pe lângă micile abraziuni faciale, ea are o

laceraţie de 3 cm adâncime pe partea interioară a buzei inferioare. Intenţionaţi să închideţi laceraţia pentru a controla sângerarea şi a preveni impactul alimentelor. Care dintre următoarele materiale de sutură este cea mai bună alegere la acest pacient?

a. 2-0 nailon
b. nailon 6-0
c. 3-0 monofilament absorbabil
d. 1-0 intestin cromic absorbabil
e. 5-0 intestin cromic absorbabil

466. Un bărbat de 50 de ani se prezintă la urgenţă pentru îndepărtarea suturii. Când era în vacanţă în Jamaica, acum 2 zile, a suferit o laceraţie de 4 cm la gambele drepte de la o bucată de sticlă. La acea vreme, laceraţia a fost irigată, radiografiată pentru a exclude un corp străin şi reparată. În prezent, există o bună aproximare a marginilor plăgii şi nu există eritem înconjurător sau scurgeri din rană. Care este cel mai bun pas următor în management?

a. Rugaţi pacientul să se întoarcă în 3 zile pentru îndepărtarea suturii.
b. Rugaţi pacientul să se întoarcă în 8 zile pentru îndepărtarea suturii.
c. Rugaţi pacientul să se întoarcă în 14 zile pentru îndepărtarea suturii.
d. Scoateţi suturile.
e. Scoateţi suturile, apoi înlocuiţi-le pentru a preveni infecţia.

467. Un bărbat în vârstă de 27 de ani se prezintă la Urgenţe cu ruptura prezentată mai jos după o altercaţie. Nu există fracturi dentare şi imunizarea lui împotriva tetanosului este la zi. Care sunt următorii paşi cei mai adecvaţi în management?

(Reprodus, cu permisiune, din Knoop KJ, Stack LB, Storrow AB. Atlas of Emergency Medicine .

NewYork, NY:McGraw-Hill, 2002:162.)

a. Blocul nervos infraorbital şi apoi aproximarea marginii vermilion
b. Infiltrarea anesteziei locale în buză şi apoi apropierea graniţei de milion
c. Blocarea nervului infraorbitar şi închiderea defectelor mucoasei înainte de apropierea marginii vermilion
d. Infiltrarea buzei cu anestezie locală, închiderea dermului şi a defectelor mucoasei şi apoi apropierea marginii vermilion
e. Închidere cu un adeziv pentru ţesut disponibil în comerţ şi Steri-Strips pentru a evita distorsionarea arhitecturii ţesuturilor

468. O femeie în vârstă de 44 de ani se prezintă la urgenţă cu o rană înţepată profundă la antebraţul stâng din cauza unei muşcături de câine. Câinele este - vaccinat corespunzător. Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la gestionarea rănilor prin muşcătura de animale este adevărată?

a. Infecţia după muşcături de câine şi pisică este rară.
b. Irigaţi bine rana şi puneţi suturi adânci pentru a preveni infecţia.
c. Închiderea primară întârziată poate fi utilizată pentru rănile prin muşcătură.
d. Infecţiile cu muşcătura de câine sunt cel mai frecvent secundare *Pasteurella multocida*.
e. Clindamicina este cel mai des folosit antibiotic pentru muşcăturile de câine.

469. Un bărbat în vârstă de 23 de ani se prezintă la urgenţă plângându-se de o rană la extremitatea inferioară stângă. El afirmă că smulgea ramuri dintr-un pârâu inundat din curtea sa când şi-a perforat gamba stângă. El afirmă că avea picioarele în apă când a apărut rana. La examinare, rana înţepată are 1 cm în diametru, câţiva centimetri adâncime şi demonstrează eritem înconjurător. După irigarea plăgii, descoperiţi o aşchie în interiorul plăgii. Care este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Radiografie pentru a cartografi locaţia exactă a corpului străin
b. Închideţi rana cu nailon 4-0.
c. Îmbrăcaţi rana cu un bandaj steril şi trataţi cu o fluorochinolonă.
d. Scoateţi aşchia.
e. Îndepărtaţi aşchia, închideţi rana şi trataţi cu fluorochinolonă.

470. O femeie în vârstă de 21 de ani se prezintă la urgenţă cu o laceraţie superficială de 2 cm la mijlocul frunţii, susţinută de o cădere. Irigaţi şi închideţi rana. Pacienta este o actriţă aspirantă şi îngrijorată de rezultatul ei cosmetic pe termen lung. Ea solicită instrucţiuni detaliate de îngrijire a rănilor. Care dintre următoarele afirmaţii ar fi o instrucţiune adecvată pentru îngrijirea rănilor?

a. Evitaţi expunerea directă la soare în timp ce rana se vindecă.
b. Rana nu trebuie spălată până când suturile nu sunt îndepărtate.

c. Suturile trebuie îndepărtate în 7 până la 10 zile.
d. Apariția cicatricei la îndepărtarea suturii va fi rezultatul cosmetic final.
e. Tehnica bună de sutură și îngrijirea meticuloasă a rănilor garantează nicio formare de cicatrici.

471. Un tânăr de 17 ani se prezintă la urgență cu o laceraţie a buzelor. A suferit rănirea în timpul unei altercații. La examinare, el are o laceraţie orizontală de 2 cm a buzei inferioare drepte care traversează linia mediană. Există o umflare semnificativă a buzei inferioare. Însoțitorul vă roagă pe dumneavoastră, intern, să efectuați un bloc mental pentru anestezie. Care dintre următoarele afirmații referitoare la blocajele mentale este corectă?
a. Un blocaj mental este efectuat prin injectarea lidocainei în foramenul nervului mental.
b. Pacientul necesită un blocaj mental pe partea dreaptă.
c. Un blocaj mental nu este adecvat la acest pacient deoarece va duce la umflarea agravată a buzei inferioare.
d. Un blocaj mental anesteziază nervul mental care inervează buza inferioară.
e. Un bloc mental este efectuat cu o seringă de 3 cc ataşată la un ac de calibrul 18.

472. O fetiță de 9 ani este adusă la urgență de părinții ei după ce a suferit o laceraţie pe frunte. Tatăl ei relatează că pacienta și-a lovit fruntea de clanța ușii. La examinare pacientul este cooperant, dar îngrijorat cu privire la următoarea injecție de anestezic. Are o laceraţie de 0,5 cm pe mijlocul capului, cu margini curate. Părinții părintelui întreabă despre „cleiul pentru piele" despre care au auzit la televizor. Care dintre următoarele afirmații este adevărată cu privire la adezivii de țesut cianoacrilat?
a. Nu poate fi aplicat pe membranele mucoase și pe zonele cu păr gros.
b. Adezivii tisulari au o rată mai mare de infecție și dehiscență tisulară decât suturile.
c. Adezivii pentru țesuturi sunt cei mai potriviti pentru laceraţiile frunții cu lungimea cuprinsă între 5 și 10 cm.
d. Adezivii pentru țesuturi sunt aplicați în interiorul plăgii pentru a trage marginile pielii împreună.
e. Adezivii pentru țesuturi trebuie acoperiți cu antibiotice topice și bandaje pentru a preveni desprinderea.

473. O femeie de 45 de ani se prezinta la Urgenta cu multiple laceratii faciale. Stătea lângă fereastra ei când copilul vecinului a lovit o minge de baseball prin fereastra ei. Sticla spartă a provocat multiple laceraţii superficiale. Cea mai notabilă laceraţie este de 1 cm pe pleoapa dreaptă. Excludeți prezența unui corp străin și îi faceți o injecție împotriva tetanosului. Care dintre următoarele afirmații referitoare la traumatismele pleoapelor este corectă?
a. O examinare cu lampă cu fantă nu este necesară, deoarece nu ajută la evaluarea pleoapei.

b. Adezivii pentru țesuturi pot fi utilizați pentru a închide lacerația pleoapelor, deoarece sunt de obicei mici.
c. Lacerațiile care provoacă ptoză necesită consult oftalmologic.
d. Ptoza în urma unei lacerări a pleoapei este frecventă.
e. O leziune a canalului lacrimal trebuie suspectată într-o lacerație a cantului lateral.

474. Un bucătar în vârstă de 30 de ani se prezintă la ED cu o amputație completă a degetului . Ea spune că i-a alunecat cuțitul în timp ce toca legumele. Ea a adus pulpa amputată într-o pungă de plastic. La examinare, pacientul are o felie dermică curată, cu diametrul de 5 mm, pe vârful volar distal al celui de-al doilea deget. Există sângerare abundentă nepulsatilă. Nu există leziuni ale articulației DIP, articulației interfalangiene proximale (PIP) sau unghiei. Cel mai recent rapel împotriva tetanosului a fost acum 1 an. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Consultați chirurgia mâinii pentru replantarea pulpei în sala de operație.
b. Irigați mâna și replantați vârful distal în ED cât mai curând posibil.
c. Efectuați un bloc digital cu lidocaină și epinefrină pentru a controla sângerarea.
d. Puneți imediat vârful amputat pe gheață pentru a preveni moartea celulelor.
e. Eliberarea pacientului cu un pansament de presiune și atela după ce rana este irigată și sângerarea este controlată.

Îngrijirea rănilor

Răspunsuri

460. **Răspunsul este c.** *(Tintinalli, pp. 318-319.)* 80% până la 90% din corpurile străine pot fi văzute pe filme simple. Sticla > 2 mm este vizibilă pe folie simplă.

(a) O senzaţie de corp străin are o sensibilitate de 43% şi o specificitate de 83%. Prin urmare, lipsa unei senzaţii de corp străin nu poate fi folosită pentru a exclude un corp străin **(b)** Corpurile străine reţinute pot duce la un răspuns inflamator local granulomatos sau la infecţie locală şi sistemică. **(d)** CT este capabil să detecteze mai multe tipuri de corpuri străine decât filmul simplu, dar nu este utilizat în mod obişnuit, având în vedere timpul necesar şi cheltuielile. **(e)** Filmul simplu poate localiza de obicei metal, oase, dinţi, creion grafit, pietriş, nisip şi aluminiu. Filmul simplu nu poate detecta lemnul, spinii, unele materiale plastice şi alte materii organice.

461. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli, p. 290.)* Pentru a obţine un număr scăzut de bacterii prin irigare, **se recomandă o presiune de 5 până la 8 psi.** Această presiune poate fi generată cu o seringă de irigare sau o seringă de 35 ml şi un ac de calibrul 19. Apa (sterilă sau de la robinet) este la fel de eficientă ca soluţia salină normală sterilă.

Recomandarea obişnuită pentru cantitatea de irigant utilizată este **de 60 până la 100 cc pe lungimea plăgii de 1 cm.** Folosirea sticlelor cu ser fiziologic normal sau a pungilor cu orificii **(a)** poate să nu genereze o presiune adecvată. Înmuierea **(d)** este ineficientă în curăţarea rănilor. Dezinfectanţii, **(e)** cum ar fi povidona-iodul nu trebuie utilizaţi pe o rană deschisă, deoarece pot afecta apărarea gazdei şi pot promova creşterea bacteriilor. În sfârşit, irigarea este necesară **(c)** indiferent de metoda leziunii suferite.

462. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli, p. 329.)* Toxoidul tetanic este contraindicat la pacienţii care au avut o reacţie alergică severă, inclusiv detresă respiratorie sau colaps cardiovascular. **Imunoglobulina tetanosică poate fi utilizată la aceşti pacienţi.** Reacţia locală la locul injectării care are ca rezultat roşeaţă, durere şi umflare nu este considerată o contraindicaţie.

463. **Răspunsul este e.** *(Tintinalli, pp. 298-300.)* **Lacerările faciale** trebuie închise cu o **sutură de nailon 6-0** în mod întrerupt.

Capsele **(c)** nu dau cosmeza dorită pentru repararea rănilor faciale. Capsele sunt mai potrivite pentru lacerarea scalpului. Steri-Strips **(d)** pot fi utilizate în deschideri foarte mici ale pielii cu tensiune minimă. Ele nu vor oferi rezistența la tracțiune necesară pentru închiderea plăgii acestui pacient. **(b)** Dermabond ar fi inadecvat pentru utilizare în această laceraţie care traversează linia părului. În cele din urmă, bărbierirea părului din jur **(a)** creşte riscul de infecţie şi, prin urmare, nu este recomandată. De notat, sprâncenele nu trebuie bărbierite din cauza probabilității mari ca sprâncenele să nu recrească.

464. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp 741-743.)* Aplicarea unui **bloc digital cu lidocaină** la baza degetului va bloca nervii digitali, permițând anestezia adecvată. Acul este introdus în spațiul web pe ambele părți și anestezia este depusă anterior și posterior. Acest lucru se repetă pe partea opusă cifrei afectate.

Infiltrarea locală și blocarea digitală **(c și e)** cu lidocaină și epinefrină sunt incorecte, deoarece epinefrina este contraindicată în zonele de circulaţie a organelor terminale (vârful nasului, glandul penisului, scrotul, urechile, nasul şi degetele). Irigarea **(a)** a unei plăgi cu anestezic nu asigură o anestezie adecvată. Deşi infiltrarea locală **(b)** va asigura o anestezie adecvată, poate interfera cu o bună aproximare a plăgii şi, prin urmare, poate duce la un rezultat cosmetic slab.

465. **Răspunsul este e.** *(Tintinalli, pp. 298-299.)* Alegerea unui material de sutură se bazează pe tipul de țesut, tensiunea țesutului și dacă suturile vor necesita sau nu îndepărtarea. Mucoasa bucală se vindecă rapid și este sub tensiune moderată. În plus, deoarece mucoasa interioară a buzei nu necesită un rezultat cosmetic, trebuie folosite suturi absorbabile. Prin urmare, **intestinul cromic absorbabil** este cea mai bună alegere de sutură. Un **intestin cromic 5-0** va oferi suficientă rezistență la tracțiune pentru a se potrivi cu cea a mucoasei bucale.

(d) Un intestin cromic 1-0 este inutil de mare. Mucoasa bucală nu necesită rezistența la tracțiune oferită de o sutură 1-0 și ar lăsa o masă de noduri incomod de mare. **(c)** Suturile monofilament absorbabile asigură o rezistență la tracțiune mai mare decât este necesar în acest caz și sunt preferate pentru închiderea structurilor adânci (de exemplu, fascia). Suturile din nailon **(a și b)** nu sunt cea mai bună alegere pentru repararea cavității bucale, deoarece ar necesita ca pacientul să se întoarcă pentru îndepărtare.

466. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli, pp. 328-331.)* Îndepărtarea suturii este un

echilibru între rezultatul cosmetic şi închiderea adecvată a plăgii. Creşterea timpului de sutură îmbunătăţeşte rezistenţa plăgii în detrimentul rezultatului cosmetic. Majoritatea suturilor pot fi îndepărtate la 7 zile după plasare. Suturile de pe **faţă trebuie îndepărtate în 3 până la 5 zile** pentru a preveni semnele inestetice ale haşurilor. Suturile în zonele cu **tensiune ridicată, cum ar fi braţele, picioarele, mâinile şi picioarele necesită aproximativ 10 zile.** Laceraţia acestui pacient este mare şi într-o zonă cu tensiune mare; prin urmare, îndepărtarea suturilor la 10 zile după plasare este cel mai bun tratament.

Dacă acest pacient se întoarce în 3 zile **(a)** ar fi prea devreme şi 14 zile **(c)** ar fi prea târziu. **(d şi e)** Nu este necesară îndepărtarea suturilor la 2 zile după plasare; mai ales că nu există semne de infecţie. Doar dacă ar exista semne de infecţie a plăgii, îndepărtarea suturii ar fi tratamentul adecvat.

467. **Răspunsul este a.** *(Knoop şi colab., p. 162. Singer şi Hollander, pp. 35-37.)* Aceasta este o laceraţie a feţei care traversează graniţa vermilion (demarcarea mucoasei buzelor şi a pielii faciale). Scopul reparaţiei în acest caz este **aproximarea marginii vermilion** cu mai puţin de 2 mm de deplasare, deoarece deplasarea semnificativă este neatrăgătoare din punct de vedere estetic. Este necesar un **bloc nervos** deoarece anestezia locală ar distorsiona anatomia ţesutului, limitând astfel aproximarea adecvată. Prima cusătură ar trebui să se concentreze pe aproximarea marginii înainte de a închide celelalte aspecte ale rănii.

(b şi d) Infiltrarea cu anestezie locală va distorsiona anatomia ţesutului şi poate face ca alinierea corectă să nu fie sigură. Ar trebui utilizat numai dacă pacientul nu reuşeşte blocarea nervoasă. Alinierea iniţială a dermului sau a aspectelor mucoase ale laceraţiei **(c şi d)** poate face dificilă aproximarea marginii vermilion. Adezivul de ţesut şi Steri-Strips **(e)** nu trebuie folosite pentru a închide buza, deoarece este supusă forţelor de tracţiune ale mişcării faciale. Separarea plăgii în acest caz ar putea duce la un rezultat neatrăgător din punct de vedere cosmetic.

468. **Răspunsul este c.** *(Tintinalli, p. 327.)* Rănile perforate din cauza adâncimii lor nu pot fi curăţate adecvat. **Închiderea primară întârziată** a acestor plăgi scade riscul formării abceselor şi infecţiei plăgii.

(a) Aproximativ 5% din muşcăturile de câine şi 80% din muşcăturile de pisică se infectează. Irigarea copioasă este crucială în prevenirea infecţiilor rănilor. Majoritatea rănilor de muşcătură pot fi reparate cu închidere primară. **(b)** Rănile prin puncţie, rănile mici şi rănile mâinii şi piciorului prezintă riscuri mai mari de infecţie şi, prin urmare, sunt gestionate cel mai bine cu închiderea

primară întârziată. Plasarea unor suturi adânci în rana de puncţie a acestui pacient ar creşte riscul de infecţie a plăgii. **(d)** *Pasteurella* este cel mai frecvent organism în muşcăturile de pisică. Muşcăturile de câine sunt adesea polimicrobiene şi includ aerobi şi anaerobi. Antibioticele ar trebui luate în considerare la toţi pacienţii cu risc ridicat de infecţie (adică vârstnici, diabetici, pacienţi imunocompromişi, răni perforate şi răni ale mâinilor şi picioarelor). **(e)** Antibioticul cel mai frecvent utilizat pentru muşcăturile de câine şi pisică este amoxicilină/clavulanat. Clindamicina cu o fluorochinolonă poate fi utilizată pentru muşcăturile de câine la pacienţii alergici la penicilină. Doxiciclina poate fi utilizată pentru muşcăturile de pisică la pacienţii alergici la penicilină.

469. **Răspunsul este d.** *(Singer şi Hollander, pp. 196-197. Tintinalli, p. 322.)* Corpurile străine cu potenţial de a provoca infecţie şi răspuns inflamator **necesită îndepărtarea imediată** (exemplele includ spini, aşchii, ţepi, dinţi, obiecte acoperite cu pământ). Aceste materiale pot provoca răspunsuri inflamatorii intense şi excesive. Dacă corpul străin nu poate fi îndepărtat de către medicul de urgenţă, trebuie consultat specialistul corespunzător.

(a) Deoarece materialele organice sunt radiotransparente, radiografiile nu vor ajuta la localizarea corpurilor străine organice. Este necesară o inspecţie vizuală directă amănunţită pentru a localiza şi îndepărta toate corpurile străine organice. **(c)** Tratarea cu antibiotice este necesară, dar mai puţin importantă decât îndepărtarea corpului străin. După ce aşchia este îndepărtată, pacientul trebuie tratat cu o orochinolonă gripală în ambulatoriu. Rănile cu expunere stagnantă la apă dulce prezintă un risc ridicat de infecţie cu specii gram pozitive, *Pseudomonas* şi *Aeromonas* şi necesită o acoperire cu antibiotice empirice. **(b şi e)** Închiderea unei plăgi prin puncţie, în special cu un corp străin reţinut, va duce la un răspuns inflamator şi la o infecţie probabilă. Închiderea plăgii acestui pacient nu ar fi un management adecvat.

470. **Răspunsul este a.** *(Tintinalli, pp. 328-331.)* Expunerea directă la soare în timpul vindecării poate duce la hiperpigmentare permanentă. Prin urmare, **evitarea expunerii directe la soare** şi utilizarea blocurilor solare timp de până la 12 luni pot îmbunătăţi rezultatul cosmetic.

(b) Pacienţii trebuie instruiţi să spele rana cu apă şi săpun delicat încă de la 8 ore după ce au fost plasate suturile. Deşi rana ar trebui să fie păstrată uscată, este inadecvat indicarea împotriva spălării. Rănile care se vindecă ar trebui să fie uscate pentru a evita dehiscenţa de la ştergerea forţată. **(e)** Pacientul ar trebui să fie informat că toate lacerăţiile cicatrici. Repararea bună şi îngrijirea rănilor vor îmbunătăţi aspectul cicatricii, dar nu vor inhiba formarea cicatricii. Rănile care

se vindecă prin închidere întârziată au cel mai slab rezultat cosmetic. O bună aproximare a marginilor, utilizarea materialului de sutură adecvat şi îndepărtarea timpurie a suturii conduc la rezultate cosmetice mai bune. **(d)** Apariţia timpurie a cicatricei nu reflectă rezultatul pe termen lung. **(c)** Suturile faciale trebuie îndepărtate în 3 până la 5 zile. Lăsarea suturilor timp de 7 până la 10 zile duce la un rezultat mai slab.

471. **Răspunsul este d.** *(Roberts and Hedges, pp. 562-563.)* Nervul **mental** este o continuare a nervului alveolar inferior. Iese din foramenul mental sub cel de-al doilea premolar şi **inervează mucoasa şi pielea buzei inferioare.** Un bloc nervos mental este cel mai potrivit mod de a anestezia acest pacient având în vedere umflarea buzelor sale.

(c) Injectarea locală cu lidocaină va provoca o umflătură suplimentară şi va distorsiona în continuare anatomia. Un blocaj mental va asigura anestezie fără a distorsiona anatomia buzei **(e)** Blocul trebuie efectuat cu un ac de calibrul 25 sau 27. Un ac de calibrul 18 este prea mare pentru procedură. Foramenul mental trebuie palpat cu un deget înmănuşat. Este situat la 1 cm inferior şi anterior celui de-al doilea premolar. Lidocaina trebuie injectată în jurul foramenului. **(a)** Ar trebui evitată injectarea directă în foramen, deoarece poate provoca leziuni neurovasculare. **(b)** Acest pacient va avea nevoie de blocuri mentale bilaterale deoarece laceraţia lui traversează linia mediană.

472. **Răspunsul este a.** *(Tintinalli, pp. 297-298.)* **Adezivii tisulari** închid rănile formând un strat adeziv care aduce marginile laceraţiei împreună. Ele nu pot fi folosite pe membranele mucoase şi zonele cu păr gros. Pentru rezultate optime, trebuie aplicat în trei până la patru straturi într-un câmp uscat, fără sânge.

(b) Rata de infecţie şi dehiscenţă a adezivilor tisulare sunt comparabile cu suturile atunci când sunt utilizate în mod corespunzător. **(c)** Sunt cele mai potrivite pentru răni mici (< 5 cm), curate, drepte, în zone cu întindere scăzută. **(d)** Se aplică ca strat pe epiteliul intact, ţinând o apropiere apropiată a marginilor plăgii. Nu poate fi folosit în interiorul plăgii deoarece duce la o reacţie inflamatorie intensă. **(e)** După aplicare, rana trebuie lăsată deschisă la aer. Aplicarea de antibiotice şi bandaje topice ar provoca expunerea prelungită la umiditate, ducând la slăbirea stratului adeziv. Pacienţii trebuie instruiţi să nu culeagă de la marginile stratului şi să-l lase să se desprindă în mod natural în 5 până la 10 zile.

473. **Răspunsul este c.** *(Roberts and Hedges, pp. 681-682, Tintinalli, pp. 300-301.)* **Ptoza** rezultă dintr-o laceraţie prin **muşchiul ridicător al palpebrului sau prin**

ataşarea sa tendinoasă de placa tarsală. Repararea necesită reataşarea muşchiului. Dacă medicul de urgenţă nu poate recunoaşte şi repara defectul muscular, se recomandă un consult oftalmologic.

(a) Trebuie efectuată o examinare completă a ochiului pentru a detecta orice leziuni ale ductului lacrimal, nervilor supra şi infraorbitali sau globului. **(b)** Adezivii pentru ţesuturi sunt contraindicaţi în apropierea ochiului şi a altor suprafeţe mucoase. Chiar şi atunci când utilizaţi adezivi pentru ţesuturi pentru a închide lacerațiile non-perioculare, trebuie luată o atenţie suplimentară pentru a evita scurgerile în ochi. Poziţionarea pacientului paralel cu solul, aplicarea unor cantităţi mici de adeziv pentru ţesuturi şi circumscripţia lacerării cu vaselină va preveni scurgerea pe suprafeţele mucoasei. Dacă ochii sunt expuşi la adezivi pentru ţesuturi, irigaţi bine.
(d) Ptoza nu este frecventă în urma unei lacerații a pleoapei. **(e)** Lacerațiile la nivelul pleoapei superioare sau inferioare medial de punctum pot implica ductul lacrimal. Repararea necorespunzătoare a canalului lacrimal poate duce la lacrimare cronică.

474. **Răspunsul este e.** *(Roberts and Hedges, pp. 292-294).* Acest pacient are o secţiune dermică de < 10 mm care este, în general, gestionată cu **controlul sângerării, pansament neaderent şi o atela pentru degetul pentru a preveni rănirea şi a reduce durerea.** Schimbările de îmbrăcăminte trebuie efectuate la fiecare 24 până la 48 de ore. Amputaţia vârfului degetelor > 10 mm, expunerea osului sau implicarea unghiei pot necesita consultarea unui chirurg de mână. Cu toate acestea, felia dermică a acestui pacient este de 5 mm şi nu implică falanga sau unghia, prin urmare, poate fi gestionată conservator. Pansamentul sub presiune este de obicei suficient pentru a controla sângerarea în amputaţiile vârfului dermic. Dacă hemostaza nu se realizează prin presiune directă, se pot utiliza agenţi hemostatici comerciali.

Managementul amputaţiilor degetelor este controversat. Pentru amputaţii care implică o cantitate semnificativă de deget distal există diferite tehnici, cum ar fi grefe de piele cu grosime parţială şi grefe de piele cu grosime completă. Cele mai multe dintre acestea sunt efectuate în sala de operaţie de către un chirurg de mână. **(a, b şi d)** Cu toate acestea, replantarea unui vârf dermic < 10 mm nu este indicată. În ciuda replantării, vârful amputat este cel mai probabil să se necrozeze şi să se desprindă. Folosirea piesei amputate ca pansament natural este inutilă având în vedere dimensiunea mică a plăgii. **(c)** Blocurile digitale sunt utile pentru ameliorarea durerii în timp ce pacientul irigă vârful distal. Epinefrina nu este recomandată pentru utilizare în cifre. Cel mai potrivit mod de

a realiza hemostaza este prin presiune directă.

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

Urgențe endocrine

Întrebări

475. *Un* bărbat de 30 de ani cu diabet zaharat de tip 1 se prezintă la Urgențe. Tensiunea arterială (TA) este de 100/70 mm Hg, iar ritmul cardiac (FC) este de 140 de bătăi pe minut. Glicemia lui este de 750 mg/dL, nivelul de potasiu este de 5,9 mEq/L, bicarbonatul este de 5 mEq/L, iar pH-ul arterial este de 7,1. Urina lui este pozitivă pentru cetone. Care dintre următoarele este cea mai bună terapie inițială pentru acest pacient?

a. Se administrează soluție salină normală sub formă de bolus de 2 L, apoi se administrează 20 U de insulină obișnuită subcutanat.
b. Bolus 2 fiole de bicarbonat și administrați 10 U de insulină intravenos.
c. Dați-i 5 mg de metoprolol pentru a-i încetini inima, începe hidratarea intravenoasă (IV) și apoi administrați 10 U de insulină obișnuită intravenos.
d. Se administrează soluție salină normală în bolus de 2 L și apoi se administrează 10 U de insulină intravenos, urmată de o picurare de insulină și de hidratare continuă.
e. Se administrează soluție salină normală în bolus de 2 L cu 20 mEq/L KCl în fiecare pungă.

476. O femeie de 39 de ani este adusă la urgență de familia ei, care afirmă că a avut 4 zile de diaree și că acum a început să se comporte „nebun" cu schimbări de dispoziție și confuzie. Familia afirmă că de obicei ia un medicament pentru o problemă cu gâtul. TA este de 130/45 mm Hg, HR este de 140 de bătăi pe minut, temperatura este de 101,5 ° F și frecvența respiratorie (RR) este de 22 de respirații pe minut. O electrocardiogramă (ECG) evidențiază fibrilație atrială cu un complex QRS normal. După ce abordați căile respiratorii, respirația și circulația (ABC), care dintre următoarele este cel mai potrivit pas următor în management?

a. Se administrează 2 fiole de bicarbonat pentru a trata supradozajul cu antidepresiv triciclic.
b. Se administrează clordiazepoxid, tiamină și folat.
c. Se administrează ceftriaxonă și se pregătește pentru o puncție lombară.
d. Administrați propranolol, propiltiouracil (PTU), apoi așteptați o oră pentru a da soluție de iod Lugol.

e. Se administrează ciprofloxacină şi se administrează un bolus de 2 L de soluţie salină normală pentru tratamentul deshidratării secundare diareei infecţioase.

477. O femeie de 65 de ani este adusă la urgenţă de familia ei, care afirmă că a fost slăbită, letargică şi a spus „lucruri nebunești" în ultimele 2 zile. Familia ei mai afirmă că istoricul ei medical este semnificativ doar pentru o boală a tiroidei. TA este de 120/90 mm Hg, HR este de 51 de bătăi pe minut, temperatura este de 94 ° F rectal şi RR este de 12 respiraţii pe minut. La examinare, pacienta este supraponderală, pielea ei este uscată şi observaţi edem periorbital fără gropi. La examenul neurologic, pacientul nu răspunde la stimulare. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Tireotoxicoza apatica
b. Comă mixedem
c. boala Graves
d. Accident vascular cerebral acut
e. Schizofrenie

478. O femeie de 74 de ani, care este cunoscută cu diabet zaharat, este adusă la urgenţă de către serviciul medical de urgenţă (EMS) cu stare psihică alterată. Asistentul medical la domiciliu afirmă că pacienta a rămas fără medicamente în urmă cu 4 zile. TA este de 130/85 mm Hg, HR este de 110 bătăi pe minut, temperatura este de 99,8 ° F şi RR este de 18 respiraţii pe minut. La examinare, ea nu poate urma comenzile, dar răspunde la stimuli. Rezultatele de laborator evidenţiază un număr de globule albe (WBC) de 14.000/L, hematocrit 49%, trombocite 325/L, sodiu 128 mEq/L, potasiu 3,0 mEq/L, clorură 95 mEq/L, bicarbonat 22 mEq/L, uree sanguină 480 mEq/L, azot 480 mEq/L, uree sanguină 480 mEq/L. mg/dL şi glucoză 850 mg/dL. Analiza de urină arată 3+ glucoză, 1+ proteine, fără sânge sau cetone. După abordarea ABC-urilor, care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Începeţi resuscitarea lichidă cu un bolus de 2 până la 3 L de soluţie salină normală, apoi administraţi 10 U de insulină obişnuită intravenos.
b. Începeţi resuscitarea lichidă cu un bolus de 2 până la 3 L de soluţie salină normală, apoi administraţi

10 U de insulină obişnuită intravenoasă, începeţi fenitoina pentru profilaxia convulsiilor.

c. Administraţi 10 U de insulină obişnuită intravenoasă, apoi începeţi resuscitarea lichidă cu un bolus de 2 până la 3 L de soluţie salină normală.
d. Comandaţi o tomografie computerizată (CT) a creierului, dacă este negativă pentru accident vascular cerebral acut, începeţi resuscitarea lichidă cu un bolus de 2 până la 3 l de soluţie salină normală.

e. Aranjați hemodializă urgentă.

479. Un tânăr de 21 de ani se prezintă la urgență. Are un istoric cunoscut de diabet de tip 1. Este hipotensiv cu TA de 95/65 mm Hg, tahicardic la 120 de bătăi pe minut și tahipneic la 30 de respirații pe minut. Rezultatele de laborator relevă un WBC 20.000/ p L, hematocrit 45%, trombocite 225/ p. L, sodiu 131 mEq/L, potasiu 5,3 mEq/L, clorură 95 mEq/L, bicarbonat 5 mEq/L, BUN 20 mg/dL, creatinina 0,9 mg/dL și glucoză 425 mg/dL. Gazele din sângele arterial dezvăluie un pH de 7,2. Analiza urinei relevă glucozurie și cetoză. Există un miros fructat în respirația lui. Care dintre următoarele oferă cele mai puternice dovezi pentru diagnostic?

a. Hipotensiune arterială, tahicardie și tahipnee
b. Glucoză de 425 mg/dL, cetoză și leucocitoză
c. Glucoză de 425 mg/dL, cetoză, pH 7,2 și bicarbonat de 5 mEq/L
d. Glucoză de 425 mg/dL, hipotensiune arterială și miros fructat la respirație
e. Glucozurie, hipotensiune arterială și leucocitoză

480. Un bărbat în vârstă de 21 de ani se prezintă la urgență plângându-se de dureri abdominale, greață și vărsături timp de 1 zi și slăbiciune crescută în ultimele 2 până la 3 zile. El afirmă că folosește baia pentru a urina frecvent și că bea cantități mari de apă. Nu are probleme medicale anterioare și nu ia niciun medicament. TA este de 110/72 mm Hg, HR este de 119 bătăi pe minut, temperatura este de 98,8 ° F și RR este de 14 respirații pe minut. La examinare, el pare ușor confuz, este palid, diaforetic și are respirații neobișnuit de profunde și un miros fructat în respirație. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai bun?

a. Verificați glicemia pe deget.
b. Administrați antiemetice.
c. Administrați analgezice.
d. Trimite panoul metabolic de bază.
e. Obțineți o radiografie abdominală.

481. Un bărbat de 32 de ani este adus la urgență de EMS pentru confuzie. EMS raportează că pacientul se afla la o farmacie locală și își depunea rețetele atunci când farmacistul a observat că pacientul transpira și avea dificultăți în a răspunde la întrebări. În ED, TA pacientului este de 130/68 mm Hg, HR este de 120 de bătăi pe minut, temperatura este de 98,9 ° F și RR este de 12 respirații pe minut. Pacientul nu poate explica ce sa întâmplat. Glicemia lui este de 410 mg/dL, iar urina este pozitivă pentru cetone. Un panou de electroliți dezvăluie Na^+ 131 mEq/L, K^+ 4 mEq/L, Cl^- 91 mEq/L, iar Ca^{2+} 11 mEq/L. Care dintre următorii electroliți sunt cei mai importanți de completat în timpul gestionării stării sale medicale?

a. Sodiu, potasiu și calciu
b. Sodiu
c. Potasiu
d. Calciu
e. Sodiu și calciu

482. O femeie imigrantă în vârstă de 36 de ani este adusă la UR de la locul ei de muncă. S-a descoperit că era agitată și se comporta bizar. Antecedentele medicale și medicamentele anterioare ale pacientului sunt necunoscute. TA este de 162/92 mm Hg, HR este de 140 de bătăi pe minut, temperatura este de 101,8 ° F și RR este de 18 respirații pe minut. La examinare, pacientul delirează, tremură și are o gușă mare. Care dintre următoarele este cel mai adecvat management al acestui pacient?

a. Se administrează dantrolen.
b. Administrați acetaminofen și antibiotice cu acoperire largă.
c. Protejați căile respiratorii, administrați iod.
d. Se administrează diazepam.
e. Protejați căile respiratorii, administrați acetaminofen, propranolol și PTU.

483. O femeie de 75 de ani este adusă la urgență de EMS după ce a avut o criză pe stradă. Un spectator relatează că pacientul a căzut la pământ, avea activitate tonico-clonică și saliva. TA este de 162/85 mm Hg, HR este de 95 de bătăi pe minut, temperatura este de 99,4 ° F și RR este de 16 respirații pe minut. La examinare pacientul nu răspunde și are o laceraţie superficială a scalpului sângerând. Care dintre următoarele tulburări electrolitice este *cel mai puțin probabil* să provoace convulsii?

a. Hipoglicemie
b. Hiperglicemie
c. Hiponatremie
d. Hipernatremie
e. Hipokaliemie

484. O femeie de 53 de ani este adusă la urgență de soțul ei, care declară că se

simte foarte slăbită în ultimele 2 zile, are greaţă şi vărsături de cel puţin trei ori. Soţul afirmă că soţia sa lua un medicament în doză mare pentru durerile articulare, dar a rămas fără pastile săptămâna trecută. Semnele ei vitale sunt TA de 90/50 mm Hg, HR 87 bătăi pe minut, RR 16 respiraţii pe minut şi temperatura 98,1 ° F. O plasezi pe monitor, începi fluide IV şi îi trimiţi sângele la laborator. Treizeci de minute mai târziu, rezultatele panoului metabolic revin şi dezvăluie următoarele:

Na^+	126 mEq/L
K^+	5 mEq/L
Cl^-	99 mEq/L
HCO_3	21 mEq/L
BUN	24 mg/dL
Creatinină	1,6 mg/dL
Glucoză	69 mg/dL
Ca^+	11 mEq/L

Care este diagnosticul cel mai probabil?

a. Comă mixedem
b. Furtuna tiroidiană
c. Hiperaldosteronism
d. Insuficienţă suprarenală
e. Cetoacidoza diabetica (DKA)

485. O femeie agitată de 44 de ani este adusă la urgenţă de soţul ei. El afirmă că ea a avut febră până la 101 ° F şi o tuse productivă acasă în ultimele 3 zile. Astăzi a devenit labilă, agitată şi s-a plâns de dureri abdominale. Ea a fost recent diagnosticată cu boala Graves şi a început să ia PTU. TA este de 156/87 mm Hg, HR este de 145 de bătăi pe minut, temperatura este de 102,4 ° F şi RR este de 20 de respiraţii pe minut. La examinare, pacientul este agitat, confuz şi are raluri la auscultare bilateral. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Feocromocitom
b. Ingestia de cocaina
c. Insolaţie
d. Furtuna tiroidiană
e. Sindromul neuroleptic malign

Urgențe endocrine

Răspunsuri

475. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp 1750-1754.)* Principalul tratament pentru **CAD** este **resuscitarea agresivă cu lichide** şi terapia **cu insulină** . Pacientul trebuie să primească 2 L de soluţie salină normală în 2 ore de la prezentare, urmate de 4 până la 6 L în următoarele 8 până la 12 ore, în funcţie de starea lichidelor pacientului. În CAD, adultul mediu are un deficit de apă de 5 până la 10 L. După administrarea de lichide , insulina obişnuită este administrată de obicei mai întâi sub formă de bolus de 10 U intravenos şi apoi cu o rată de 0,1 U/kg/h. Trebuie administrată insulina pentru ca cetoza şi acidoza să se rezolve.

(a) Administrarea de insulină intramusculară şi subcutanată este evitată în DKA, deoarece absorbţia poate fi neregulată, secundară depleţiei de volum şi slabă perfuziune . **(b)** În prezent, niciun studiu nu arată un beneficiu al utilizării bicarbonatului în DKA. Administrarea de bicarbonat poate provoca agravarea hipokaliemiei, acidoză paradoxală a sistemului nervos central (SNC), disocierea afectată a oxihemoglobinei, hipertonicitate şi supraîncărcare cu sodiu. **(c)** Metoprololul, un blocant Ș , nu este indicat în DKA. Tahicardia în CAD este secundară depleţiei de volum şi acidozei. Corectarea cauzei care stau la baza va trata tahicardia. **(e) Înlocuirea cu** potasiu poate fi necesară mai târziu în terapie din cauza unei pierderi generale de potasiu, dar nu trebuie inclusă în bolusurile iniţiale de lichide. Administrarea rapidă a potasiului are potenţialul de a precipita aritmii fatale.

476. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp 1770-1774.)* **Furtuna tiroidiană** este o **urgenţă medicală** care va duce la moarte dacă nu este tratată la timp. Manifestările furtunii tiroidiene includ temperatură mai mare de 100 ° F, tahicardie disproporţionată cu febră, creşterea presiunii pulsului şi disfuncţii ale SNC (de exemplu, confuzie, agitaţie), sistemul cardiovascular (de exemplu, insuficienţă cardiacă congestivă cu debit mare, fibrilaţie atrială) sau sistemul gastrointestinal (de exemplu, diaree, durere abdominală). Furtuna tiroidiană este un **diagnostic clinic** , deoarece nu sunt disponibile imediat teste de confirmare. Cel mai important factor în reducerea mortalităţii este blocarea hiperactivităţii adrenergice periferice cu **propranolol,** un blocant Ș . **PTU** este utilizat pentru a inhiba sinteza de noi hormoni în tiroida şi are un efect mic asupra inhibării

conversiei periferice a T_4 în T_3. **Iodul** este administrat pentru a bloca eliberarea hormonilor din tiroidă, dar trebuie administrat la 1 oră după PTU pentru a preveni organizarea iodului.

(a) Supradozajul cu antidepresiv triciclic poate prezenta o stare mentală alterată şi tahicardie. Bicarbonatul se administrează pentru un QRS lărgit pe ECG. **(b)** Clordiazepoxidul este administrat pacienţilor pentru a preveni consumul de alcool cu retragere, care poate prezenta şi confuzie şi tahicardie. **(c)** Ceftriax one este utilizat în mod obişnuit pentru a trata meningita, care poate prezenta confuzie, tahicardie şi febră. **(e)** Diareea pacientului nu este cauzată de o etiologie infecţioasă şi, prin urmare, nu este necesară ciprofloxacina. Poate avea nevoie de resuscitare cu lichide, dar deocamdată TA este stabilă.

477. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp 1774-1778.)* **Coma mixedemă** este un sindrom care reprezintă **hipotiroidismul extrem.** Este o afecţiune care pune viaţa în pericol , care are o mortalitate de până la 50%. Semnele şi simptomele hipotiroidismului sunt de obicei prezente, inclusiv pielea uscată, reflexele tendinoase profunde întârziate, părul aspru şi edem generalizat fără gropi. Coma mixedemă, totuşi, este mai bine caracterizată prin **letargie profundă sau comă** şi **hipotermie.** Hipotermia este prezentă la aproximativ 80% dintre pacienţi. În plus, pacienţii pot prezenta depresie respiratorie şi bradicardie sinusală.

(a) Tirotoxicoza apatică este o prezentare atipică a hipertiroidismului - observată frecvent la vârstnici, dar observată la toate vârstele. Semnele şi simptomele sunt puţine şi subtile. Pacienţii au de obicei guşă multinodulară. Diagnosticul trebuie luat în considerare la pacienţii vârstnici cu pierdere cronică în greutate, slăbiciune musculară proximală, afect depresiv, fibrilaţie atrială nou-apariţie sau insuficienţă cardiacă congestivă. **(c)** Boala Graves este secundară stimulării autoimune a receptorilor de tirotropină (TSH) care duce la niveluri crescute de hormoni tiroidieni. **(d)** Un accident vascular cerebral acut nu ar trebui să provoace edem periorbitar şi hipotermie. **(e)** Schizofrenia poate fi diagnosticată în mod eronat la pacienţii cu anomalii tiroidiene. Nu este un diagnostic corect în acest scenariu când pacientul este inconştient şi hipotermic.

478. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp 1755-1757.)* **Coma hiperglicemică hiperomolară noncetotică (HHNC) este un sindrom care reprezintă hiperglicemie** marcată (glucoză seric > 600 mg/dL), **hiperosmolaritate** (osmolaritate plasmatică > 350 mOsm/L), **deshidratare considerabilă** (9 kg în progresie psihică a pacientului şi **scăderea funcţiei mentale** a pacientului în comă). HHNC poate fi prezentarea iniţială a diabetului zaharat nerecunoscut anterior la un adult cu **diabet zaharat de tip 2.** Diabeticii vârstnici prezintă un risc mai mare pentru acest lucru

boală. Diureza osmotică este chiar mai pronunţată decât în DKA. Corectarea rapidă a stării hiperosmolare poate duce la edem cerebral. Spre deosebire de CAD, acidoza şi cetoza sunt de obicei absente sau minime. Principalul tratament este resuscitarea cu lichide, administrarea de insulină, completarea electroliţilor şi căutarea unui precipitant subiacent.

(b) Fenitoina este contraindicată pentru convulsii în HHNC, deoarece este adesea ineficientă şi poate afecta eliberarea endogenă de insulină. **(c)** Resuscitarea cu fluide este principalul tratament şi ar trebui să fie întotdeauna administrată înainte de administrarea insulinei. **(d)** Deşi pacientul poate primi în cele din urmă o tomografie computerizată, resuscitarea cu lichide este prioritară din cauza deshidratării profunde la aceşti pacienţi. **(e)** Dacă un pacient are rinichi funcţionali, hemodializa nu este necesară. Cu toate acestea, dacă pacientul are boală renală în stadiu terminal, atunci poate fi necesară hemodializa pentru a trata suprahidratarea.

479. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp 1750-1754.)* Triada **hiperglicemiei, cetozei** şi **acidozei** este diagnostică pentru **DKA.** Toate anomaliile din DKA sunt legate şi se bazează pe deficienţa de insulină. Când hiperglicemia depăşeşte pragul renal de resorbţie, glucoza este excretată prin urină. Aceasta determină o diureză osmotică care, în combinaţie cu scăderea aportului oral şi vărsături, duce la deshidratare şi anomalii electrolitice. Celulele, incapabile să primească glucoză din circulaţie, trec la modul de foame prin creşterea proteolizei. Ficatul începe să producă cetoacid, cauzând ulterior acidemia. Pacientul acidotic creşte RR, în încercarea de a elimina excesul de dioxid de carbon, iar bicarbonatul este consumat în proces.

(a) Hipotensiunea arterială, tahicardia şi tahipneea sunt frecvent întâlnite în DKA, dar nu sunt specifice pentru această afecţiune. **(b)** Leucocitoza este observată în multe alte afecţiuni, altele decât DKA. **(d)** Deşi un miros fructat la respiraţie poate sugera acetonă, un produs al producţiei de cetone, nu este prezent în mod sigur şi dificil de distins. **(e)** Glucozuria este prezentă cu hiperglicemie. Cetonele sunt necesare pentru DKA.

480. **Răspunsul este a.** *(Tintinalli, p. 1287.)* Ar trebui să fiţi suspicios pentru **DKA** ca prezentare iniţială a diabetului zaharat la acest pacient. Nivelurile de glucoză sunt crescute, de obicei mai mari de 200 mg/dL. CAD este o afecţiune acută, care pune viaţa în pericol, care apare la pacienţii cu **insuficienţă de insulină** (mai frecventă în diabetul de tip 1) şi are ca rezultat **hiperglicemie, cetoză** şi **acidoză** din diureza osmotică care duce la deshidratare şi acidoză. Acest pacient prezintă semne şi simptome clasice de CAD, cum ar fi tahicardie, tulburări gastrointestinale, poliurie, polidipsie, oboseală şi confuzie. Respiraţie foarte

profundă

(Respirațiile Kussmaul) reflectă compensarea respiratorie pentru acidoza metabolică. **Mirosul fructat al respirației** la acest pacient este rezultatul conversiei acidului acetoacetat în acetonă, care este eliminată în timpul respirației.

Administrarea de antiemetice și analgezice **(b și c)** va trata temporar simptomele fără a aborda problema de bază. Este necesar un panou metabolic de bază **(d)** pentru a verifica anomaliile electrolitice. Radiografiile abdominale **(e)** ar putea fi adecvate dacă suspectați o patologie abdominală. În acest caz, suferința gastrointestinală este un simptom al unei tulburări metabolice.

481. **Răspunsul este c.** *(Tintinalli, p 1291.)* **Potasiul** este cel mai important - electrolit de urmat în terapia DKA. Pierderile renale și vărsăturile în CAD provoacă **deficit profund de potasiu în întregul corp.** Cu toate acestea, nivelurile măsurate de potasiu sunt adesea **fals normale sau crescute** din cauza acidozei și a deficitului total de lichide corporale. Acidemia determină schimbarea extracelulară a potasiului în schimbul ionilor de hidrogen. Odată cu inițierea terapiei DKA, nivelurile de potasiu vor scădea rapid la niveluri reale, provocând **hipokaliemie semnificativă,** dacă nu sunt monitorizate îndeaproape și înlocuite.

Deși nivelurile de sodiu și calciu **(a, b, d și e)** ar trebui monitorizate , acestea nu sunt afectate la fel de mult ca potasiul. Diureza osmotică legată de hiperglicemie duce la pierderi renale de clorură de sodiu în urină. Nivelul de sodiu măsurat este scăzut și mai mult artificial de hiperglicemie. Pentru fiecare 100 mg de glucoză peste 100 mg/dL, trebuie adăugat 1,6 mEq la nivelul de sodiu seric măsurat. În tratarea CAD, perfuzia salină normală înlocuiește sodiul pierdut. Soluția salină hipertonică nu trebuie utilizată pentru înlocuirea sodiului în CAD. Diureza osmotică provoacă, de asemenea, pierderi renale de calciu, magneziu și fosfor. Inițial, nivelurile lor ar putea fi crescute din cauza hemoconcentrației. Acești electroliți trebuie monitorizați și restaurați corespunzător în timpul tratamentului.

482. **Răspunsul este e.** *(Tintinalli, p 1312.)* Acest pacient se prezintă într-o **stare hiper-adrenergică, stare mentală alterată și o gușă mare,** punând diagnosticul de **furtună tiroidiană** deasupra diferențialului. Este posibil ca pacientul să aibă hipertiroidism nediagnosticat. Acesta este un diagnostic clinic și trebuie tratat empiric și rapid, deoarece mortalitatea este mare în ciuda tratamentului. Managementul furtunii tiroidiene presupune îngrijire de susținere (protecția căilor aeriene, oxigenare, hidratare IV) și terapie specifică pentru a trata simptomele adrenergice și pentru a scădea sinteza și eliberarea hormonului tiroidian . **Ș -Blocantele adrenergice** sunt administrate pentru a inversa

hiperactivitatea adrenergică **PTU** blochează sinteza de novo a hormonului tiroidian. **Iodul** blochează eliberarea hormonului preformat, dar poate fi administrat numai după ce PTU a avut efect, altfel va promova producţia suplimentară de hormoni.

Dantrolene **(a)** este utilizat în tratarea hipertermiei maligne şi a sindromului neuroleptic malign. Administrarea acetaminofenului şi a antibioticelor cu acoperire largă **(b)** sau diazepam **(d)** nu va aborda etiologia subiacentă a bolii pacientului. Iodul **(c)** nu trebuie administrat înainte de PTU.

483. **Răspunsul este e.** *(Tintinalli, pp. 169, 171, 1284, 1287, 1307.)* **Hipokaliemia** se prezintă cu **slăbiciune musculară** şi **modificări ECG caracteristice,** cum ar fi undele T plate şi undele U, şi nu este asociată cu convulsii sau stare mentală alterată.

Nivelul de glucoză poate fi obţinut rapid dintr-un control al glucozei prin pungire. Hipoglicemia **(a)** este o cauză reversibilă cunoscută a convulsiilor şi este corectată prin administrarea de dextroză. Hiperglicemia semnificativă **(b)** apare în CAD (glucoza este de obicei 200-800 mg/dL) sau criza hiperosmolară noncetotică (glucoza este de obicei mai mare de 800 mg/dL) şi este tratată cu lichide IV şi insulină. Hiper şi hiponatremia **(c şi d)** sunt cauze cunoscute ale convulsiilor.

484. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp 1779-1782.)* **Insuficienţa corticalei suprarenale** este o afecţiune neobişnuită, care poate pune viaţa în pericol, care, dacă este recunoscută devreme, este uşor tratabilă. Cea mai frecventă cauză a insuficienţei suprarenale este suprimarea axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale din **administrarea de glucocorticoizi exogeni pe termen lung .** Această pacientă şi-a oprit brusc administrarea de doze mari de steroizi. Prezentarea clinică a insuficienţei suprarenale este vagă, dar include de obicei slăbiciune, oboseală, greaţă, vărsături, **hipotensiune arterială** şi **hipoglicemie.** Anomaliile electrolitice sunt frecvente. **Hiponatremia** şi **hiperkaliemia** sunt prezente în mai mult de două treimi din cazuri. Managementul include îngrijire de susţinere cu administrarea de glucocorticoizi şi corecţie electrolitică.

(a şi b) Coma mixedema este un sindrom de hipotiroidism extrem, în timp ce furtuna tiroidiană este hipertiroidism extrem. **(c)** Hiperaldosteronismul se caracterizează prin hipertensiune arterială şi hipokaliemie. **(e)** DKA se prezintă de obicei cu glucoză crescută, o acidoză metabolică cu decalaj anionic şi producţie de cetone.

485. **Răspunsul este d.** *(Tintinalli, p. 1312.)* Acest pacient prezintă o stare hipermetabolică rară, dar care pune viaţa în pericol, de **furtună tiroidiană.** Apare

la pacienţii cu hipertiroidism cunoscut sau nediagnosticat şi este de obicei declanşat de infecţie, traumatism, infarct miocardic, accident vascular cerebral sau nerespectarea medicamentelor antihipertiroidiene. Furtuna tiroidiană este un diagnostic clinic. Semnele şi simptomele acestei tulburări reflectă un sistem simpatic hiperactiv şi includ febră, tahicardie în proporţie cu febra, simptome gastrointestinale şi starea mentală alterată. Pacienţii pot dezvolta, de asemenea, insuficienţă cardiacă cu putere mare. Indiciul diagnosticului în acest caz este hipertiroidismul cunoscut al pacientului.

Feocromocitomul **(a)** se prezintă cu o stare hiperadrenergică similară cauzată de o tumoare secretoare de catecolamine, dar nu are ca rezultat o mentalitate alterată. Semnul distinctiv al acestei boli este hipertensiunea arterială asociată cu dureri de cap, palpitaţii şi diaforeza. Cocaina **(b)** acţionează ca un stimulent al SNC prin blocarea recaptării neurotransmiţătorilor excitatori norepinefrină, dopamină şi serotonină. Cu toate acestea, este mai puţin probabil decât furtuna tiroidiană la această pacientă, având în vedere hipertiroidismul ei de bază şi infecţia pulmonară . Insolaţia **(c)** trebuie suspectată la pacienţii cu temperatură centrală a corpului > 104 ° F (> 40 ° C) şi stare mentală alterată. Sindromul neuroleptic malign **(e)** este o reacţie rară care pune viaţa în pericol la un medicament cu antagonism al receptorilor dopaminergici. Astfel de medicamente includ neuroleptice, cum ar fi haloperidol, clozapina şi risperidona, litiu şi multe antiemetice, cum ar fi proclorperazina, prometazina şi metoclopramida. Sindromul se prezintă sub formă de febră, stare mentală alterată şi rigiditate musculară.

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

Tulburări psihosociale

Întrebări

486. O femeie de 31 de ani se prezintă la serviciul de urgenţă (UR) la 20 de minute după debutul brusc al durerii în piept, palpitaţii, dificultăţi de respiraţie şi amorţeală a gurii, degetelor de la mâini şi de la picioare. Îţi spune că parcă are un nod în gât. Istoricul ei medical include vizite multiple la ED pe o perioadă de 6 luni cu o prezentare similară. Singurul ei medicament este un contraceptiv oral. Ea bea ocazional un pahar de vin după o zi plină de muncă când se simte stresată. Ea vă spune că mama ei ia medicamente pentru anxietate Tensiunea ei arterială (TA) este de 125/75 mm Hg, ritmul cardiac (HR) 88 de bătăi pe minut şi saturaţia de oxigen de 99% în aerul din cameră. O electrocardiogramă (ECG) arată un ritm sinusal. Simptomele ei se rezolvă în timp ce se află în ED. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Tahicardie atrială paroxistică
b. Hipertiroidismul
c. Tulburare depresivă majoră
d. Tulburare de panică
e. Tulburare de stres posttraumatic

487. O femeie de 23 de ani este adusă la urgenţă pentru pierderea vederii la ochiul stâng, care a început la scurt timp după ce s-a trezit dimineaţa. Ea afirmă că este foarte deprimată de când tatăl ei a fost diagnosticat cu cancer în stadiu terminal. Trebuia să-şi viziteze tatăl azi la spital, dar acum se află în urgenţa dumneavoastră din cauza pierderii vederii. Examenul tău fizic este neremarcabil. O evaluare de către medicul oftalmolog este de asemenea normală. O tomografie computerizată a capului (CT) este normală. Care dintre următoarele este diagnosticul cel mai probabil?

a. Tulburare de somatizare
b. Tulburare de conversie
c. Ipocondria
d. Dezlipirea retinei
e. Tulburare de anxietate

488. Care dintre următoarele manifestări clinice necesită spitalizare?

a. Un bărbat în vârstă de 37 de ani, cu schizofrenie paranoidă, care nu a luat medicamente timp de o săptămână şi aude voci fără violenţă aparentă în conţinutul gândirii sale.
b. O tânără de 19 ani care a ingerat 10 pastile de multivitamine după o ceartă cu iubitul ei.
c. Un bărbat în vârstă de 39 de ani, fără antecedente psihiatrice, se prezintă cu vorbire presată, fără somn timp de 4 zile şi se simte „foarte bine".
d. O femeie de 22 de ani care are halucinaţii vizuale după ce a ingerat dietilamidă a acidului D-lisergic (LSD).
e. Un bărbat fără adăpost în vârstă de 43 de ani, cu antecedente de schizofrenie, care a fost recent externat din secţia de psihiatrie, fiind administrat cu medicamente antipsihotice.

489. O femeie de 35 de ani ia cina la un restaurant. La aproximativ 1 oră după ce a terminat felul principal de miel, vin roşu şi o selecţie fină de brânză, pacientul are o durere de cap occipitală severă, diaforeză, midriază, rigiditate a gâtului şi palpitaţii. Pe care dintre următoarele medicamente este cel mai probabil să ia acest pacient?

a. paroxetină
b. Alprazolam
c. Tranilcipromină
d. citalopram
e. Amitriptilina

490. Intri în camera de examinare pentru a intervieva un pacient. A refuzat să dea semne vitale la staţia de triaj până când a văzut un medic pentru că îi era teamă că asistenta îi va injecta otravă. Pare agitat şi începe să ridice vocea de îndată ce eşti în cameră. Îl întrebi cu o voce calmă dacă l-ai putea ajuta şi el răspunde strigând obscenităţi şi aruncând în tine o cutie cu mănuşi. Începi să mergi spre el, dar el spune că te va ucide dacă te apropii. Care dintre următoarele este următorul pas cel mai potrivit în management?

a. Spuneţi pacientului că nu cooperează şi că trebuie să părăsească imediat ED.
b. Rugaţi asistenta să intre singură în cameră pentru a încerca să calmeze pacientul.
c. Lasă pacientul să stea încă o oră în cameră şi vezi dacă se calmează.
d. Cereţi asistentei să pregătească o injecţie de lorazepam pe care o veţi administra pentru a seda pacientul.
e. Alertaţi securitatea spitalului că există un pacient violent şi pregătiţi-vă să plasaţi pacientul în constrângeri fizice.

491. Un bărbat în vârstă de 42 de ani cu antecedente de schizofrenie este adus în UR de un prieten care afirmă că pacientul nu şi-a luat medicamentele de peste 2 săptămâni şi acum se comportă bizar. TA este de 130/70 mm Hg, HR 89 bătăi pe minut, frecvenţă respiratorie (RR) 15% respiraţii pe minut şi 99% respiraţii pe minut în încăpere şi 99% respiraţii pe minut. La examinare, el pare agitat şi strigă: „extratereştrii sunt pe cale să mă prindă". El este suficient de cooperant încât să decizi să foloseşti sedarea farmacologică. Care dintre următoarele este cea mai potrivită alegere pentru sedarea acestui pacient?

a. Haloperidol şi lorazepam
b. Etomidat şi succinilcolină
c. Clorpromazină şi lorazepam
d. Ketamina şi lorazepam
e. Clozapină

492. Un bărbat în vârstă de 48 de ani este adus la urgenţă de către membrii familiei care declară că pacientul a rămas închis la domiciliu săptămâni întregi, doarme multe ore şi pare dezordonat. Pacientul afirmă că este „bine" şi neagă orice simptom medical. Valorile vitale iniţiale includ HR de 77 de bătăi pe minut, TA de 118/55 mm Hg şi RR de 12 respiraţii pe minut cu o saturaţie de oxigen de 97% în aerul camerei. Pacientul este febril cu un examen fizic neremarcabil. El neagă orice disconfort în piept, dificultăţi de respiraţie, constipaţie, intoleranţă la frig, slăbiciune, modificări de greutate sau durere. Pacientul relatează că a avut dificultăţi de concentrare, scăderea poftei de mâncare şi tipare excesive de somn. Familia raportează că acest lucru s-a întâmplat înainte, dar că simptomele lui s-au auto-rezolvat şi nu au fost nici pe departe la fel de severe. Având în vedere prezentarea acestui pacient, care dintre următoarele este etiologia cea mai probabilă a simptomelor acestui pacient?

a. Hipotiroidismul
b. Episod depresiv major
c. Diabet zaharat
d. Hematom subdural
e. Sindromul Cushing

493. O femeie de 32 de ani se prezintă la urgenţă după o explozie agresivă la locul de muncă în care comportamentul ei a fost considerat o ameninţare pentru ceilalţi. Colegii ei susţin că, în mod normal, este foarte de încredere, amabilă şi plină de amabilitate, dar că pe parcursul săptămânii au observat că era deosebit de rezervată şi uneori au găsit-o discutând cu ea însăşi. Elementele vitale iniţiale includ HR de 89 de bătăi pe minut, RR de 15 respiraţii pe minut şi TA de 130/75

mm Hg cu o saturație de oxigen de 99% în aerul camerei. Ea vă spune că a început recent să ia un nou medicament. Care dintre următoarele tipuri de medicamente pot fi responsabile de comportamentul acestui pacient?

a. Ș -Blocante
b. Contraceptive orale
c. Corticosteroizi
d. Medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (AINS)
e. Blocante ale canalelor de calciu

494. O tânără de 23 de ani este adusă la urgență de polițiști care declară că au găsit pacienta în mijlocul unei intersecții aglomerate țipând. La sosire, vezi o femeie dezordonată care țipă: „Nu poți scăpa cu asta! Sunt regina Angliei!" Ea nu permite asistentei de triaj să-și obțină elementele vitale, dar puteți vedea o tânără care are un habitus normal fără niciun semn de traumă. Discursul ei este presat, este ușor distrasă de zarva de la ED și începe să vă răspundă la întrebări, dar apoi continuă să descrie idei grandioase despre statutul ei social. Având în vedere prezentarea acută a acestei paciente, care este etiologia cea mai probabilă a simptomelor ei?

a. Tulburare de hipotiroidă
b. Episod maniacal
c. Supradozaj cu benzodiazepine
d. Supradozaj anticonvulsivant
e. Supradozaj cu barbiturice

495. O mamă își aduce fiica de 7 ani la urgență cu o boală raportată de 3 zile în care copilul a fost slăbit și nu a mâncat cantitatea ei obișnuită. Mama mai relatează că a observat că urina fiicei sale este de culoare roșiatică și că scaunele ei au un calibru mai mic. Ea aduce cu ea un specimen din urina fiicei sale. Ea relatează că fiica ei a fost internată de mai multe ori înainte din motive similare și deshidratare. La examinarea fizică, pacienta este fără supărare, liniștită și afirmă că se simte obosită. Pieptul ei este limpede până la auscultare, abdomenul este benign și examenul neurologic nefocal. O analiză de urină efectuată nu arată niciun sânge sau mioglobină în urina copilului. Care dintre următoarele ar trebui incluse în diagnosticul diferențial al acestui copil?

a. Prelucrare
b. Tulburare fictivă
c. sindromul Munchausen
d. Sindromul Munchausen prin proxy
e. Tulburare de conversie

496. Un bărbat de 62 de ani se prezintă la Urgențe după ce a fost găsit vorbind singur de martori pe o stradă din apropiere. La sosire, pacientul pare confuz și halucinează activ. Elementele sale vitale inițiale includ o frecvență cardiacă neregulată de 80 până la 110 bătăi pe minut, un RR de 14 respirații pe minut, o TA de 160/80 mm Hg cu o saturație de oxigen de 97% în aerul camerei. Un ECG indică fibrilație atrială. Pacientul poate fi redirecționat, dar afirmă că este distras de imaginile colorate, plutitoare din cameră. Având în vedere prezentarea acestui pacient , care este etiologia cea mai probabilă a simptomelor acestuia?

a. Tulburare psihotică acută
b. Prelucrare
c. Tulburare de conversie
d. Supradozaj cu digoxină
e. Supradozaj cu antidepresive

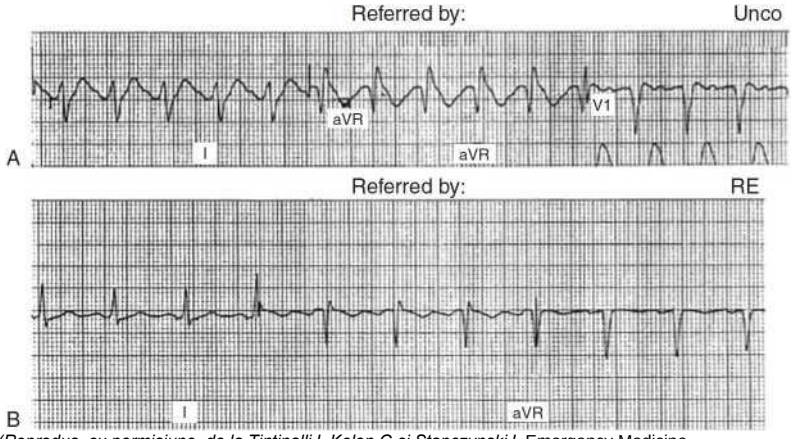
497. Un tânăr de 18 ani se prezintă la urgenţă după ce i-a spus unui consilier şcolar că vrea să-şi facă rău. Examenul său fizic este neremarcabil, fără semne de traumă. El raportează consumul excesiv de alcool ocazional. El afirmă că părinţii lui s-au despărţit recent şi că locuieşte cu oricare dintre părinţi pe un program rotativ. În general, se simte sprijinit de familie şi prieteni, dar continuă să se simtă fără speranţă, în ciuda acestui fapt. Care dintre următorii factori la acest pacient este cel mai probabil să-i crească riscul unei tentative reale de sinucidere?

a. Sex
b. Vârstă
c. Deznădejde
d. Consumul de alcool
e. Separarea părinţilor

498. O fată slabă de 16 ani este adusă la urgenţă după ce s-a prăbuşit acasă. Elementele vitale iniţiale includ o HR de 110 bătăi pe minut, BP de 80/55 mm Hg şi un RR de 18 respiraţii pe minut cu o saturaţie de oxigen de 98% în aerul camerei. La examinarea fizică, observaţi o femeie cahectică în suferinţă uşoară. Pieptul ei este limpede până la auscultare; abdomenul ei înfundat este moale şi lipsit de sensibilitate. La inspectarea extremităţilor ei, observaţi mici zone de eritem peste dorsul mâinii drepte distal Având în vedere prezentarea şi examenul fizic al acestei paciente, care dintre următoarele etiologii trebuie explorată în continuare la această pacientă?

a. Bulimie
b. Gastroenterita
c. Prelucrare
d. Tulburare fictivă
e. Sinucidere

499. O femeie de 55 de ani se prezinta la Urgenta dupa un eveniment sincopal raportat. Elementele vitale iniţiale includ o HR de 105 bătăi pe minut, un RR de 16 respiraţii pe minut, o TA de 125/60 mm Hg şi o saturaţie de oxigen de 98% în aerul camerei. ECG-ul ei este prezentat mai jos. Care dintre următoarele - substanţe este responsabilă pentru constatările ECG ale acestui pacient?



(Reprodus, cu permisiune, de la TintinalliJ, Kelen G şi StapczynskiJ. Emergency Medicine Un ghid cuprinzător de studiu . *New York, NY: McGraw-Hill, 2004:1031.)*

a. Benzodiazepine
b. Alcool
c. Antidepresiv triciclic
d. Insulină
e. Acidul valproic

500. Un tânăr de 28 de ani se prezintă la urgenţă cu simptome depresive şi sentimente de deznădejde. Ea neagă orice idee de sinucidere activă, dar a avut sentimente tot mai mari de vinovăţie în ultimele săptămâni. Pacienta neagă orice antecedente medicale, cu excepţia naşterii cu 8 săptămâni în urmă. Elementele vitale iniţiale ale ei sunt în limite normale. Având în vedere prezentarea acestui pacient, care dintre următoarele etiologii este cel mai probabil?

a. Tulburare distimică
b. Tulburare bipolară
c. Depresia postpartum
d. Tulburare depresivă majoră
e. Tulburare ciclotimică

Tulburări psihosociale

Răspunsuri

486. **Răspunsul este d.** *(Tintinalli, pp. 1826-1827.)* O persoană cu **atacuri de panică** se va prezenta adesea la mai multe ED şi va fi externată după ce este normal un examen. Un atac de panică este o perioadă discretă de frică intensă sau disconfort în care patru sau mai multe dintre următoarele simptome se dezvoltă acut şi ajung la vârf în 10 minute: HR accelerată, palpitaţii, bătăi inimii, diaforeză, tremur sau tremur, senzaţie de dificultăţi de respiraţie sau senzaţie de sufocare, durere în piept, greaţă, ameţeli, senzaţie de senzaţie de senzaţie, senzaţie de frică sau senzaţie de frig. înroşiri.

(a) Tahicardia atrială paroxistică este un defect de conducere al inimii caracterizat prin episoade aleatorii de tahicardie. Această tulburare este observată pe un ECG. ECG-ul pacientului de mai sus este normal. **(b)** Hipertiroidismul poate imita un atac de panică, dar de obicei există o hiperactivitate autonomă mai mare În plus, nivelurile hormonilor tiroidieni sunt crescute. **(c)** Nu există simptome de depresie descrise în prezentarea pacientului. Cu toate acestea, atacurile de panică pot apărea cu o tulburare depresivă majoră. **(e)** Diagnosticul de tulburare de stres posttraumatic nu poate fi pus cu istoricul pacientului.

487. **Răspunsul este b.** *(Tintinalli, pp 1830-1831.)* Diagnosticul **tulburării de conversie** se face prin îndeplinirea următoarelor cinci criterii:

- Un simptom este exprimat ca o schimbare sau o pierdere a funcţiei fizice.
- Stresoare sau conflict psihologic recent.
- Pacientul produce inconştient simptomul.
- Simptomul nu poate fi explicat prin nicio etiologie organică cunoscută.
- Simptomul nu se limitează la durere sau disfuncţie sexuală.

Tulburările de conversie implică în general manifestări neurologice sau ortopedice . Tulburarea se prezintă de obicei ca un **singur simptom** cu un **debut brusc** legat de un **stres sever.** În acest caz, stresul este diagnosticul de cancer terminal la tatăl pacientului. Simptomele clasice ale tulburării de conversie includ paralizie, afonie, convulsii, tulburări de coordonare, orbire, vedere în tunel şi amorţeală. Diagnosticul nu poate fi pus până nu sunt excluse toate

etiologiile organice posibile. Tratamentul implică identificarea factorului de stres şi abordarea problemei.

(a) Tulburarea de somatizare implică pacienţi cu multe plângeri fără cauză organică. **(c)** Ipocondria implică preocuparea unei boli grave în ciuda evaluării şi asigurării medicale adecvate. **(d)** Dezlipirea de retină poate provoca pierderea unilaterală a vederii şi, în general, se prezintă cu agravarea progresivă a pierderii vederii, pacienţii care se plâng de „plutitori". **(e)** Tulburările de anxietate implică frică şi aprehensiune excesivă care domină viaţa psihologică a unei persoane.

488. **Răspunsul este c.** *(Tintinalli, p 1810.)* Acest pacient prezintă un prim episod maniacal. Este necesara internarea acestor pacienti pentru a preveni un comportament impulsiv si periculos. Un sindrom maniacal complet este una dintre cele mai izbitoare şi distinctive afecţiuni din practica clinică. Principala tulburare a dispoziţiei este una de exaltare sau iritabilitate.

(a) Acest bărbat nu reprezintă o ameninţare pentru el sau pentru alţii şi poate fi tratat ca un pacient ambulatoriu. **(b)** Acesta este un gest sinucigaş şi pacientul trebuie evaluat de un psihiatru. Ea poate fi gestionată ca pacient în ambulatoriu dacă există sisteme fiabile de sprijin familial şi social şi este aranjată o urmărire psihiatrică adecvată. **(d)** Această pacientă poate fi externată în siguranţă odată ce halucinaţiile sale vizuale se rezolvă. **(e)** Acest bărbat este tratat corespunzător.

489. **Răspunsul este c.** *(Tintinalli, p. 1041.)* **Tranilcipromina** este un **inhibitor de monoaminoxidază** (**IMAO**) care este utilizat în tratamentul depresiei. Pacienţii care iau acest medicament trebuie să evite să mănânce sau să bea alimente care conţin **tiramină** (structură similară cu amfetamina). Tiramina se găseşte în multe alimente, cum ar fi brânză învechită, vin, anumite peşte, carne şi varză murată. Combinaţia dintre IMAO şi tiramină poate duce la o **reacţie simpatomimetică** numită **reacţie tiramină.** Apare în decurs de 15 până la 90 de minute de la ingestia de tiramină. Simptomele caracteristice includ cefalee, hipertensiune arterială, diaforeză, midriază, rigiditate a gâtului, paloare, excitaţie neuromusculară, palpitaţii şi dureri în piept. Majoritatea simptomelor se rezolvă treptat în 6 ore; cu toate acestea, au fost raportate decese secundare hemoragiei intracraniene şi infarctului miocardic. Pacienţii care iau un IMAO trebuie instruiţi să evite toate alimentele care conţin tiramină.

Toate celelalte variante de răspuns nu provoacă o reacţie de tiramină - este limitată doar la IMAO. **(a şi d)** Aceştia sunt inhibitori ai recaptării serotoninei, **(b)** este o benzodiazepină, **(e)** este un antidepresiv triciclic.

490. **Răspunsul este e.** *(Tintinalli, p 1812.)* **Comportamentul violent necesită**

reţinere imediată. Securitatea spitalului şi poliţia sunt cel mai bine pregătite pentru a supune pacienţii violenţi cu cele mai puţine şanse de personal sau de rănire a pacientului. Pacienţii care ameninţă sau care demonstrează un comportament violent ar trebui să fie dezbrăcaţi, îmbrăcaţi şi căutaţi pentru arme. Pacienţii al căror comportament sugerează potenţialul de violenţă trebuie abordaţi cu precauţie, cu forţe de securitate adecvate în apropiere. Medicul trebuie să stea într-o locaţie care nici nu ameninţă pacientul şi nici nu blochează ieşirea pacientului sau a medicului din cameră. Constrângerile fizice sunt frecvent necesare pentru pacientul psihotic, delirant sau în stare de ebrietate violent sau sever agitat, care reprezintă un pericol pentru sine sau pentru alţii. Constrângerile farmacologice (haloperidol, lorazepam) sunt, de asemenea, utile în obţinerea controlului comportamentului şi trebuie luate în considerare odată ce evaluarea iniţială a fost finalizată.

(a) Pacientului nu trebuie lăsat să părăsească spitalul înainte de o evaluare medicală şi psihiatrică. **(b)** Niciun membru al personalului nu trebuie să fie singur cu un pacient care este violent sau care ameninţă cu violenţă. **(c)** Deşi utilizarea tehnicilor de calmare este utilă pentru a calma mulţi pacienţi, este important să nu întârziaţi evaluarea medicală şi să prelungiţi detectarea unui proces care pune viaţa în pericol. **(d)** Este util să se administreze pacientului un medicament sedativ; cu toate acestea, ar trebui să încercaţi mai întâi să evaluaţi medical pacientul. În plus, nu trebuie să intri în camera pacientului singur cu un ac în mână.

491. **Răspunsul este a.** *(Tintinalli, pp 1816-1817.)* Tranchilizarea rapidă este o metodă de management farmacologic al agitaţiei acute sau psihozei folosind neuroleptice de mare potenţă şi benzodiazepine. Cel mai frecvent regim utilizat este combinaţia de **haloperidol** şi **lorazepam,** care poate fi administrat pe cale parenterală, intramusculară sau orală. Există un efect sinergic între cele două medicamente. În plus, benzodiazepina poate preveni potenţialele efecte extrapiramidale care apar ocazional în cazul utilizării neuroleptice.

(b) Etomidatul şi succinilcolina sunt utilizate pentru intubarea în secvenţă rapidă, ceea ce nu este indicat la acest pacient. **(c)** Clorpromazina este un antipsihotic cu potenţă scăzută care poate provoca hipotensiune arterială semnificativă şi este rar utilizată în cadrul ED. **(d)** Ketamina este un agent disociativ care nu este utilizat în mod obişnuit la pacienţii psihotici. **(e)** Clozapina este un antipsihotic atipic care este utilizat la schizofrenici atunci când alte neuroleptice sunt ineficiente. Nu este un agent de elecţie pentru sedarea acută sau psihoză.

492. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp. 1549-1583.)* Un **episod depresiv major** este

caracterizat de două sau mai multe dintre următoarele simptome pe o perioadă de 2 săptămâni: pierderea interesului pentru activităţile obişnuite, stare depresivă sau iritabilă, modificări ale greutăţii sau apetitului, insomnie sau hipersomnie, agitaţie psihomotorie sau întârziere, pierdere de energie, deces recurentă, idee suicidară şi dificilă de gândire. Acest pacient are trei dintre aceste simptome, inclusiv tipare excesive de somn, dificultăţi de concentrare şi scăderea apetitului. Pericolul este că sentimentele pacientului pot fi atât de intens dureroase încât sinuciderea poate fi văzută ca singura modalitate de a face faţă. Unii pacienţi se pot plânge, de asemenea, de durere fizică generalizată, fără a putea fi pus un diagnostic medical clar. Simptomul cardinal al depresiei este o **stare de spirit tristă sau disforică.**

Hipotiroidismul **(a)** şi sindromul Cushing **(e)** pot fi, de asemenea, prezentate la pacienţii care par a fi depresivi. Un simplu hormon de stimulare a tiroidei şi un nivel de cortizol pot fi trase pentru a diferenţia o etiologie medicală pentru aceste simptome. Hipertiroidismul se prezintă, de asemenea, ca lenevire generalizată, dificultăţi de concentrare, constipaţie, intoleranţă la frig, căderea părului a treimii distale a ambelor sprâncene, disfagie şi mialgii. De asemenea, ar trebui să se efectueze glicemie pentru a evalua diabetul zaharat **(c)** , care se poate prezenta sub formă de lenenţă, parestezii şi stare generală de rău. De asemenea, este important să se ţină seama de cauzele traumatice ale simptomelor acestui pacient, având în vedere că acesta locuieşte singur, fără martori care să raporteze o cădere care poate duce la un hematom subdural **(d).** Sângerarea intracerebrală se poate prezenta cu lenețe, în special în subdurale, unde există o sângerare relativ mai lentă a venelor punte.

493. Răspunsul este c. *(Rosen, pp 1549-1583.)* **Psihoza cu steroizi** este descrisă ca o constelaţie de simptome psihiatrice în primele 5 zile de tratament cu un corticosteroid. Studiile indică faptul că cantitatea necesară pentru a produce acest efect este mai mare de 40 mg de prednison, sau echivalentul acestuia, prescris zilnic. Simptomele includ labilitate emoţională, anxietate, distractibilitatea, vorbire sub presiune, inundaţii senzoriale, insomnie, depresie, agitaţie, halucinaţii auditive şi vizuale, tulburări intermitente de memorie, mutism, tulburări ale imaginii corporale şi iluzii şi hipomanie. Este important de menţionat că antecedentele de dificultăţi psihologice nu prezic dezvoltarea - psihozei cu steroizi. Simptomele pot fi foarte severe şi trebuie luate în considerare atunci când prescrieţi acest medicament pacienţilor. Trei la sută dintre pacienţii cu psihoză steroizi se sinucid.

Cel mai frecvent efect secundar al Ș- blocantelor **(a)** este starea de spirit depresivă, datorită efectelor simpaticolitice; cu toate acestea, acestea sunt în general uşoare şi nu necesită tratament. Contraceptivele orale **(b)** , deşi sunt de

natură hormonală, nu se crede că produc simptome psihiatrice. Blocanţii canalelor de calciu **(e)** şi AINS **(d)** nu s-au dovedit a provoca psihoză.

494. **Răspunsul este b.** *(Rosen, pp 1549-1583.) Acesta este un* **episod maniacal** tipic al cărui trăsături cardinale sunt o stare de spirit crescută, grandiozitate, fuga de idei, distractibilitatea şi agitaţia psihomotorie. Alte afecţiuni medicale, cum ar fi hipertiroidismul, abuzul de antidepresive sau stimulente pot provoca simptome similare şi trebuie excluse prin teste de laborator. Anumite sindroame de eliberare a lobului frontal care afectează funcţionarea executivă trebuie, de asemenea, investigate ca o cauză a simptomelor acestui pacient. Aceşti pacienţi sunt, de obicei, combativi, manifestă tulburări de judecată şi impulsivitate şi poate fi necesar să fie reţinuţi chimic sau fizic.

Tulburarea hipotiroidiană **(a)** , benzodiazepinele **(c)** , anticonvulsivantele **(d)** şi barbituricele **(e)** pot provoca toate simptome depresive.

495. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp. 1549-1583.)* Având în vedere că aceasta este o boală aparentă sau o anomalie legată de sănătate produsă de un părinte sau îngrijitor asupra altuia, este dat titlul **prin procură** . Aceasta este o boală psihiatrică definită de *Manualul de diagnostic şi statistică al tulburărilor mintale* (ediţia a patra) *(DSM-IV)* ca o boală aparentă inventată de un îngrijitor asupra unui copil care se prezintă pentru asistenţă medicală de mai multe ori fără a primi vreodată un diagnostic adevărat. Există un eşec de către făptuitor de a recunoaşte adevărata etiologie şi o încetare a simptomelor la copil odată ce acestea sunt separate de făptuitor . Boala simulată, fără a produce vătămări directe asupra copilului, este frecvent observată. După cum se vede în acest exemplu, introducerea tincturii în urina copilului pentru a imita sângele. Din păcate, boala produsă în care copilul este rănit este cel mai frecvent întâlnită (50% din cazuri). Cele mai frecvente manifestări includ sângerări, convulsii, vărsături, diaree, febră şi erupţii cutanate. Nouăzeci şi opt la sută dintre făptuitori sunt mame biologice din toate mediile socioeconomice. Mulţi au experienţă în profesii medicale sau au caracteristici ale **sindromului Munchausen** în sine. Cele mai multe dintre aceste mame au avut o experienţă abuzivă devreme în viaţă şi folosesc sistemul de îngrijire a sănătăţii ca mijloc de a satisface cerinţele personale de îngrijire. Se spune că aceştia dobândesc un sentiment de scop şi sens atunci când copilul lor este în spital, precum şi o ieşire pentru milă şi confort. Aceşti copii pot prezenta caracteristici incidentale care nu pot fi legate de plângerile prezentate. Aceşti copii pot suferi, de asemenea, de dificultăţi de învăţare sau depresie clinică cauzate de multe spitalizări care le sunt suportate.

Falsificarea **(a)** este frecvent întâlnită în legătură cu tulburarea de personalitate antisocială. Aceşti pacienţi sunt adesea vagi cu privire la

spitalizările sau tratamentele anterioare. Spre deosebire de cei cu o tulburare fictivă **(b)** , aceşti pacienţi preferă să contrafăcuteze boala mintală având în vedere dificultatea de a verifica sau infirma în mod obiectiv etiologia simptomelor raportate de pacient. Amnezia, paranoia, depresia şi ideea suicidară sunt frecvent întâlnite. Ideea unui câştig extern îi motivează pe aceşti indivizi să fabrice simptome medicale. În schimb, tulburările fictive sunt caracterizate prin simptome sau semne care sunt produse sau simulate intenţionat de pacient în absenţa stimulentelor externe. Sindromul Munchausen **(c)** este una dintre cele mai dramatice dintre tulburările fictive. Numele său este derivat de la un baron Karl F von Munchausen care şi-a amuzat prietenii cu poveşti fantastice şi incredibile despre viaţa sa personală. Tulburarea de conversie **(e)** este o tulburare rară care se caracterizează prin debutul brusc şi dramatic al unui singur simptom. Se prezintă de obicei ca o tulburare neurologică nedureroasă pentru care nu există date obiective.

496. **Răspunsul este d.** *(Rosen, pp. 1549-1583.)* Acest pacient se confruntă cu o **halucinaţie vizuală,** cea mai tipică pentru etiologia medicală, mai degrabă decât psihiatrică. **Digoxina** este un precipitant comun al acestor simptome şi poate începe cu modificări galben-albastre ale vederii, cunoscute sub numele de viziune van Gogh. Digoxina leagă direct Na-K ATPaza care creşte nivelul de sodiu şi calciu, crescând contractilitatea inimii. Halucinaţiile sunt adesea un simptom precoce al supradozajului cu digoxină. Tratamentul pentru aceasta include un fragment de proteină care leagă acest medicament.

(a) Halucinaţiile auditive sunt de obicei observate în boli psihiatrice sau într-un episod psihotic acut. Antidepresivele **(e)** de obicei nu produc modificări ale vederii sau halucinaţii. De asemenea, simptomele sale nu sunt tipice pentru simulare **(b),** dat fiind că nu a fost adus de la sine fără câştig secundar sau de tulburare de conversie **(c).**

497. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp 1549-1583.)* În literatura de specialitate psihiatrică, există o scală „TRISTE" care enumerează factorii de risc. Două puncte sunt acordate pentru factorii care sunt consideraţi cu risc mai mare. Acestea includ depresia sau **lipsa de speranţă,** pierderea gândirii raţionale, încercarea organizată sau serioasă şi intenţia viitoare declarată. Factorii de risc mai mici, dat fiind un punct, sunt sexul masculin, vârsta < 19 ani sau > 45 de ani, încercările anterioare sau îngrijiri psihiatrice, consumul excesiv de alcool sau droguri, separarea, divorţul sau statutul de văduv şi lipsa sprijinului social. Armele de foc în gospodărie, violenţa în familie, abuzul şi bolile cronice cresc, de asemenea, riscul.

Sexul (masculin)	1
Vârsta (< 19 sau > 45 de ani)	1
Depresie sau deznădejde	2

Încercări anterioare/îngrijire psihiatrică	1
Consum excesiv de alcool sau droguri	1
Pierderea gândirii raţionale	2
Despărţiţi, divorţaţi sau văduvi	1
încercare organizată sau serioasă	2
Fără sprijin social	1
Încercare viitoare declarată	2

498. **Răspunsul este a.** *(Rosen, pp 1549-1583.)* Examenul fizic la acest pacient dezvăluie abraziuni ale mâinilor, indicând auto-purgerea. Aspectul ei general sugerează fie un aport alimentar inadecvat, fie arderea excesivă a caloriilor. **Bulimicii** consumă în general o cantitate adecvată de alimente, deşi cu conţinut scăzut de calorii, dar îşi purifică aportul cu scopul de a pierde în greutate. Alte tulburări de alimentaţie, cum ar fi anorexia nervoasă, pot lua forma înfometării, consumului de diuretice sau laxative sau exerciţiilor fizice excesive. Aceşti pacienţi suferă în general de o vizualizare falsă a corpului lor, crezând că forma lor fizică cântăreşte mai mult decât ceea ce o face în realitate. Presiunile sociale, antecedentele de abuz sau violenţă şi alte tulburări de alimentaţie pot lua în considerare prezentarea acestui pacient.

Gastroenterita **(b)** este puţin probabilă având în vedere lipsa antecedentelor sau simptomelor. Suiciditatea **(e)** ar trebui examinată la toţi pacienţii, deoarece acţiunile lor pot reprezenta o formă de autovătămare ocultă sau ascunsă. Acest pacient nu prezintă semne de simulare **(c)** sau tulburare fictică **(d).**

499. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp 1549-1583.)* **Antidepresivele triciclice** (**TCA**) sunt responsabile pentru mai multe decese legate de droguri decât orice alt - medicament pe bază de prescripţie medicală. Acest ECG arată prelungirea intervalului QRS, o constatare comună cu acest medicament. Mecanismul de toxicitate este multiplu şi include blocarea recaptării dopaminei, serotoninei şi norepinefrinei. De asemenea, se leagă de receptorul acidului y -aminobutiric (GABA), scăzând astfel pragul de convulsii. Blocarea canalelor de sodiu produce intervalul QRS lărgit. Există şi efecte anticolinergice şi antihistaminice. Bicarbonatul de sodiu este o intervenţie de primă linie pentru aritmii, acţionând ca liant alcalinizant pentru TCA acid. S-a demonstrat că acest tratament îmbunătăţeşte conducţia şi contractilitatea cu scopul de a păstra un QRS îngust.

Benzodiazepinele **(a)** , etanolul **(b)** , insulina **(d)** şi acidul valproic **(e)** nu s-au dovedit a prezenta anomalii ECG.

500. **Răspunsul este c.** *(Rosen, pp 1549-1583.)* Această pacientă a născut recent şi prezintă simptome de lipsă de speranţă şi vinovăţie în săptămânile următoare,

tipice simptomelor observate în această perioadă postpartum. Peste jumătate dintre mame raportează o stare de spirit depresivă după naștere, cunoscută și sub numele de „baby blues". Acest lucru poate fi legat de scăderi rapide ale estrogenului și progesteronului imediat după naștere. Aproximativ 40% dintre mame raportează că aceste simptome durează câteva zile, aproximativ jumătate dintre acestea având simptome continue în săptămâni. Aproximativ 2% exprimă idei suicidare. **Depresia postpartum** este mai răspândită la cei care sunt șomeri, nu au ajutor la îngrijirea copiilor sau au o tulburare de dispoziție. Tratamentul variază de la managementul cognitiv la antidepresive.

Tulburarea distimică **(a)** este descrisă ca o depresie de lungă durată, fluctuantă, de grad scăzut, cu perioade de episoade acute. Persoanele afectate sunt capabile să ducă la îndeplinire rutinele zilnice, dar au puțină plăcere din activitățile de petrecere a timpului liber. Tulburarea ciclotimică **(e)** se caracterizează printr-o viață de schimbări de dispoziție, cu o severitate insuficientă pentru a îndeplini criteriile tulburării bipolare. **(b)** Pacientul nu prezintă un istoric de-a lungul vieții pentru a primi un diagnostic pentru oricare dintre acestea sau pentru schimbările severe de dispoziție ale tulburării bipolare. **(d)** De asemenea, acest pacient nu îndeplinește criteriile pentru un episod depresiv major.

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

Bibliografie

2005 Ghidul Asociației Americane a Inimii pentru citarea Resus cardiopulmonar și îngrijire cardiovasculară de urgență. *Circulație.* 2005;112.

Comitetul pentru Traumă al Colegiului American de Chirurgi. *Programul avansat de susținere a vieții în traumă pentru medici.* a 7-a ed. Chicago, IL: Colegiul American de Chirurgi; 2004.

Manualul furnizorilor de asistență vitală avansată pentru pediatrie, Asociația Americană a Inimii, 2006.

Aminoff MJ, Simon RR, Greenberg D. *Neurologie clinică.* a 6-a ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2005. http://www.accessmedicine.com/content.aspx?aID=2080615

Burnette LB. Toxicitatea cocainei *eMedicine Journal.* 2006; http://wwwemedicine.com/emerg/topic102.htm. Accesat la 1 ianuarie 2007.

Capobianco D, Dodick D. Diagnosticul și tratamentul durerii de cap în grup. *Semin Neurol.* 2006(26):242-259.

Ghidurile de tratament al Centrului pentru Controlul Bolilor 2006, Bolile cu transmitere sexuală.

Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP și colab. Diagnosticul de streptococ la adulți în camera de urgență. *Med Decis Making.* 1981;1:239-246.

Chauhan V. Cardioversie electrică sincronizată. *Jurnalul eMedicine.* 2006; http://www.emedicine.com/med/topic2968.htm. Accesat la 1 ianuarie 2007.

Cohen J, Powderly W. *Ediția bolilor infecțioase: Text cu referințe online actualizate în mod continuu.* a 2-a ed. St Louis, MO: Mosby; 2003.

Cook KA. Otita externă. *Jurnalul eMedicine;* 2007. http://www.emedicine.com/emerg/TOPIC350.HTM. Accesat mai 2008.

Evans RW. Dureri de cap posttraumatice. *Neurol Clin.* 2004;22(1):237-249.

Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, et al, eds. *Principiile de Medicină Internă ale lui Harrison.* a 17-a ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2008.

Feied C. Embolie pulmonară. *Jurnalul eMedicine.* 2006; http://www.emedicine.com/emerg/topic490.htm. Accesat mai 2008.

Filbin MR. Soc septic. *Jurnalul eMedicine.* februarie 2006; http://www.emedicine.com/emerg/TOPIC533.HTM. Accesat mai 2008.

Fleischer G, Ludwig S. *Manual de medicină de urgență pediatrică.* a 5-a ed. Philadelphia, PA: Lippincott și Williams; 2005.

Flori LK. Costocondrita. *Jurnalul eMedicine.* 2007; http://wwwemedicine.

com/emerg/topic116.htm. Accesat mai 2008.

Goetz CG. *Manual de Neurologie Clinică. a 2-a* ed. Philadelphia, PA: Saun ders; 2003.

Goldfrank L, Flomenbaum N, Lewin N şi colab. *Urgenţele toxicologice ale lui Goldfrank* . a 8-a ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2006.

Goldman L, Ausiello D. *Cecil Manual de medicină.* a 22-a ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2003.

Hamilton GC, Sanders AB, Strange GR şi colab. *Medicina de urgenţă: o abordare a rezolvării problemelor clinice.* a 2-a ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2003.

Hashburn R. Tomografia computerizată a capului înainte de puncţia lombară la adulţii cu suspiciune de meningită. *N Engl J Med.* 2001;345:1727-1733.

Kao L, Nanagas KA. Intoxicatia cu monoxid de carbon. *Emerg Med Clin North Am.* 2004;22(4):985-1018.

Knoop KJ, Stack LB, Storrow AB. *Atlas de Medicină de Urgenţă.* a 2-a ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2002.

Manno EM. Hemoragia subarahnoidiană. *Neurologic Clin N Am.* 2004;(22): 347-366.

Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, et al, eds. *Conceptele de medicină de urgenţă şi practica clinică a lui Rosen.* a 5-a ed. St Louis, MO: Mosby; 2002.

McIntyre KE. Sindromul de furt subclavian. *Jurnalul eMedicine.* 2006; http://www. emedicine.com/med/topic2771.htm. Accesat mai 2008.

Moore EE, Feliciano DV, Mattox KL. traume. a 5-a ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2004.

Morris SC. Sarcina, eclampsie. Jurnalul eMedicine . 2006; http://www. emedicine.com/emerg/TOPIC796.HTM. Accesat mai 2008.

Mycek MJ, Harvey RA, Champe PC. *Farmacologie.* a 3-a ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

O'Brien MC. Ceotacidoza alcoolica. *Jurnalul eMedicine.* iulie 2007; http://www. emedicine.com/emerg/TOPIC21.HTM. Accesat mai 2008.

Omori MS. Whitelow herpetic. *Jurnalul eMedicine.* noiembrie 2007; http://www emedicine.com/emerg/TOPIC754.HTM. Accesat mai 2008.

Paller AS, Mancini AJ. *Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology Edition: Text cu referinţe online actualizate continuu.* a 3-a ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2003.

Richards CF. Leziune a gleznei, ţesut moale. *Jurnalul eMedicine.* septembrie 2007; http://www.emedicine.com/emerg/TOPIC30.HTM. Accesat mai 2008.

Riordan-Eva P, Asbury T, Whitcher JP. Oftalmologie *generală a lui Vaughan şi Asbury* . a 16-a ed. New York: NY, McGraw-Hill; 2003.

Riviello RJ. Evaluarea şi tratarea agresiunii sexuale în departamentul de urgenţă . *Emerg Med Rep.* 2005;26(19).

Roberts JR, Hedges JR. *Proceduri clinice în medicina de urgenţă.* a 4-a ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2004.

Scaletta TA, Schaider JJ. *Managementul urgent al traumei.* a 2-a ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2001.

Scheinfeld N. Teratologie şi consumul de droguri în timpul sarcinii. *Jurnalul eMedicine.* 2006; http://www.emedicine.com/med/topic3242.htm. Accesat la 1 ianuarie 2007.

Selwyn A. Vasospasmul arterei coronare. *Jurnalul eMedicine.* 2005; http://www.emedicine.com/med/topic447.htm. Accesat la 1 ianuarie 2007.

Simon RR, Koenigsknecht SJ. *Ortopedie de urgenţă – Extremităţi.* a 5-a ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2006.

Cântăreţul AJ, Hollander JE. *Lacerații și răni acute.* Philadelphia, PA: FA Davis Company; 2003.

Sovari AA. Sindromul QT lung. *Jurnalul eMedicine.* 2007; http://www.emedicine.com/med/topic1983.htm. Accesat mai 2008.

Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA. *Diagnostic şi tratament medical actual* . a 45-a ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2006.

Tintinalli JE. *Medicina de urgenţă: un ghid cuprinzător de studiu*. a 6-a ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2004.

Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, et al. *Manual de chirurgie Sabiston*. a 17-a ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2004.

Vassallo S. Hemoragie retrobulbară traumatică: Decompresie de urgenţă prin cantotomie laterală şi cantoliză. *J Emerg Med*. 2002;22(3):251-256.

Wiesenfarth J. Disecţia aortică. *Jurnalul eMedicine.* 2007; http://www.emedicine.com/emerg/topic28.htm. Accesat mai 2008.

Workowski KA, Berman SM. Ghid de tratament al bolilor cu transmitere sexuală. *Centrul pentru Controlul Bolilor MMWR*. 2006;55(11).

Zareba W. Sindromul QT lung. *Jurnalul eMedicine.* 2005; http://www. emedicine.com/med/topic1983.htm. Accesat mai 2008.

Această pagină a fost lăsată goală în mod intenționat

Index

O

Model ABCDE, 159 Anevrism de aortă abdominală, 107, 108, 111, 113, 117, 121, 123, 125, 175 Avort, 451-454, 457-459 Abruptio placentae, 451,452, 453, 458 Abces de drenaj, 116 Absence seizures, absorbable, absorbable 5 Acarboză, 239, 253 inhibitor ECA, 69 Acetaminofen, 200, 250, 251-252, 258, 259, 265, 287, 290, 291, 357, 359, 360, 362, 364, 366, 371, 530

Acetazolamidă, 361, 364, 368, 480, 484

Acetonă, 257, 260, 261, 501, 528, 529

Acetilcolina, 3,98, 3, 98 429

Acetilcolinesteraza, 250, 429 Umbre acustice, 115 Sindromul imunodeficienţei dobândite (SIDA), 65, 66, 69, 74, 115, 253 Entorsa articulaţiei acromioclaviculare, 334 Cărbune activat, 25, 25, 32, 25, 25, 32 264, 265, 285 Sindrom coronarian acut (SCA), 24, 27, 30, 34, 38, 39, 40, 46 Insuficienţă acută a valvei mitrale, 43 Răul acut de munte (AMS), 480, 484

Gingivita ulcerativă acută necrozantă (ANUG), 201

Edem pulmonar acut (APE), 37 Sindromul de insuficienţă respiratorie acută (ARDS), 66, 74, 171 Aciclovir, 366, 475

Adenocarcinom, 39, 311, 316 Adenozină, 35, 46, 222, 435 Adenovirus, 40 Adeziune, 108, 119, 125, sensibilitate, sensibilitate, 3162 119 Insuficienţă corticală suprarenală, 530 Criză suprarenală, 231-232

Medicamente avansate de susţinere a vieţii cardiace (ACLS), 151.486

Suport de viaţă în traumă avansată (ATLS), 159 Defect pupilar aferent (APD), 504

Agitaţie, 198, 250, 254, 256, 257, 261, 266, 280, 281,290, 526, 542, 543, 543, 543,

Embolism aerian, 71

Clismă cu aer, 421

Evaluarea/managementul căilor aeriene, 158, 169, 170, 198, 226, 252

Căi respiratorii, respiraţie şi circulaţie (ABC), 37-38, 44, 154, 165, 166, 169, 173, 174, 226, 264, 281, 306, 424, 482, 483, 485, 486

Colapsul căilor respiratorii, 76

Inflamaţia căilor respiratorii, 76

Reacţia căilor respiratorii, 76

Albuterol, 71

Alcool, 27, 45, 64, 67, 74, 106, 108, 111, 258, 262, 266, 285, 287, 290, 309, 367, 387, 527, 545, 546

Cetoacidoza alcoolică, 106

Sevraj de alcool, 256, 266, 280, 287, 290, 527

Hepatita alcoolică, 108, 310

Pancreatită alcoolică, 128

Arsuri alcaline, 477

Conjunctivită alergică, 499, 502

rinită alergică, 73

Alergie, 36, 65, 70-71,227, 427, 434, 499, 514,517

boala Alzheimer, 148

Amantadină, 200

Abces amibian, 115

Asociaţia Americană a Inimii (AHA), 222, 433

Amiodarona, 25, 36, 46, 48, 222, 226, 231

Amitriptilină, 262, 266, 359

Amoniac, 285, 478

Amoxicilină, 204, 426, 427, 497, 502

Amoxicilină-clavulanat, 503

Amfetamine, 252, 254, 256, 264, 265, 541

Amputaţii, 519

Amilază, 113, 118

Anaerobi, 74

Fisura anale, 315

Analgezie, 72, 107, 109, 128, 153, 341, 436, 455, 474, 475,479,483, 502

Alergie anafilactică, 36, 70-71, 227

Şoc anafilactic, 221,224, 226, 227, 229

Reacţii anafilactoide, 261

Anemie, 194, 231,287, 292, 293, 316, 358,393,420,421,427,453,459

Anestezie, 156, 164, 165, 175, 307, 341, 424, 431, 501, 515, 516, 518

Angina pectorală, 396

Dureri anginoase în piept, 41

Angiodisplazii, 313
Angioedem, 63
Angiografie, 41, 64, 108, 117, 157, 163, 164, 166, 171, 172, 312, 313, 316, 361
Inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei (ACE-I), 63, 480
Decalaj anionic, 106, 254, 257, 258, 259, 261, 282, 283, 530
Anisocoria, 172, 504
Tumora anorectală, 315
Anoscopia, 315
Anovulaţie, 455, 456
Antiacide, 40, 110
Sindromul cordonului anterior, 151, 156, 162, 164
marginea glenoidiană anterioară, 335
Împachetare nazală anterioară, 169
Infarct anterolateral, 66
Antrax, 74
Antibiotice, 37, 68, 74, 75, 114, 116, 117, 118, 119, 121,122,123
Sindrom anticolinergic, 252, 254, 262
Anticolinergice, 66, 72, 73
Anticonvulsivante, 205, 282, 283, 370, 544
Imunoglobulină anti-D, 459
Antiemetice, 107, 361,362, 363, 364, 369, 371, 385, 529, 531
Medicamente antiepileptice, 275, 279, 295, 359, 362, 370
Antihistaminice, 70, 122, 205, 254, 385, 476, 482, 483, 486
Medicamente antipsihotice, 38, 256, 289, 290, 291, 363.542
Antipiretice, 251, 290, 364, 366 Antivenin, 481-482, 483, 487 Terapie antivirală, 74
Anxietate, 73, 105, 149, 256, 257, 266, 283, 285, 364, 370, 397, 398, 541, 543 Disecţia aortică, 27, 32, 43, 150, 396
Stenoză aortică, 39, 43 Tirotoxicoză apatică, 527 Afazie, 358, 392 Ulcere aftoase, 127, 307
Apendicita, 107, 109-110, 116, 118, 119, 119, 118, 119, 120, 120, 120, 120 127, 203, 307, 314, 315,451,453, 455, 456 Pupila Argyll-Robertson, 504 Aritmii, 41,42, 48, 311, 316, 435
Gaze sanguine arteriale, 31, embolie arterială, gaze arteriale, 31, embolie arterială 7, 6 481
Arteriografie, 163 Artrocenteză, 193
Colangită ascendentă, 112, 115
Barotraumatism ascendent, 481
Pneumonie prin aspiraţie, 26, 74 Aspirina, 24, 27-28, 31, 33, 34, 36, 38, 40, 41,44, 46, 63, 68, 69, 76, 253, 261, 262, 3, 9, 3, 3, 9, 1 423, 505
Asplenism, 196
Astm, 66, 71, 72, 73, 76 Asistolie, 26, 31, 39, 227, 231, 435,486 Asistolia stop cardiac, 39
Atelectazie, 153 Atenolol, 232
Ateroscleroza, 41, 126 Fibrilaţie atrială, 25, 31, 33, 35, 38, 42, 48, 105, 123, 223, 226, 231, 311, 316, 388, 486, 522
Flutter atrial, 31, 35, 42, 47, 224 Atropină, 222, 224, 227, 229, 231, 232, 250, 262, 264, 482, 500
cardioverter automat implantabil (AICD), 42-43
Necroză avasculară, 338 Dinte avulsat, 151, 152 Nervul axilar, 334, 337
Leziune axonală, 148
Azitromicină, 114, 124, 204

B

p2 - agonist, 66, 67, 76 p2 - agonişti, 72
Bacillus anthracis, 74, 75
Meningită bacteriană, 288, 363, 364, 367, 368,369
P -adrenergici, 27
P -antagonişti adrenergici, 232, 255
P -blocante ale receptorilor adrenergici, 264, 290 Ventilatie cu masca cu valva, 253, 284, 430 Fractura Bankart, 335
Barbiturice, 544
Studiu de contrast cu bariu, 313
Clismă cu bariu, 116, 307, 315
Bartonella sp., 368
Ocluzia arterei bazilare, 388, 395, 505
Fractură de craniu bazilar, 159, 365
Lilieci, 483
Semn de luptă, 158
P -blocante, 24, 36, 41,42,48, 69, 222, 368, 371, 499.500.543
Triada Beck, 151, 165, 204, 232
Intepatura de albina, 482
Paralizia Bell, 394, 397
Benadryl, 363, 475
Vertij poziţional benign (BPV), 385, 392, 393
Benzodiazepine, 27, 28, 250, 253, 255, 256, 282, 285, 286, 287, 289, 290, 291, 363, 482, 542, 544, 546
Betadine, 483
P -gonadotropină corionică umană (P -

hCG), 112, 121, 124, 186, 203, 450, 453, 454, 455, 456, 458, 459
P -hidroxibutirat (GHB), 250
Bicarbonat, 275, 300, 398, 423, 424, 485, 526, 527, 528, 546
Găuri de bavuri bilaterale, 157, 160, 175
Presiune biliară pozitivă a căilor respiratorii (BiPAP), 38, 68
Colica biliară, 110, 113
Tulburare bipolară, 255, 291, 547
Muşcături, 193, 197, 205, 335, 336, 397, 478, 481,482,483,486,487,516-517
Păianjen văduva neagră, 483-484
urinară , 155, 156, 164, 167, 175, 455
Sângerare, 36, 71, 112, 113, 117, 118, 119, 148, 150, 156, 158, 450, 450, 459, 450, 459, 459, 459, 459, 459, 459, 459, 459, 119, 148, 150, 156 . sângerare; sângerare vaginală
Prindere oarbă, 158
Hemoculturi, 28
Gaze din sânge, 34, 61
Plasture de sânge, 360
Tensiunea arterială, 402, 465
Transfuzie de sânge, 162, 163, 170, 173, 233, 458, 459
Semnul Blumberg, 116
Suprafaţa corpului (BSA), 478 sindrom
Boerhaave, 308, 309, 313
Scanarea osoasă, 194, 196, 422
Borrelia burgdorferi, 397
Botulism, 390, 429
Obstrucţie intestinală, 110, 112, 119. *Vezi şi* obstrucţie intestinală subţire
Perforaţie intestinală, 111, 116
Fractura boxerului, 158, 337
Bradicardie, 252, 254, 263, 264
Abces cerebral, 365, 387
Hernie cerebrală, 172, 288
Tumora cerebrală, 291,294, 365, 397, 429
Peptidă natriuretică cerebrală, 76
Cancer de sân, 45, 233
Bretylium, 36, 46, 222
Bromocriptină, 370
Bronşiolită, 432
Bronşită, 71, 72
Bronhoscopie, 157, 314, 434 Muşcătura de păianjen reclus maro, 483-484
sindromul Brown-Sequard, 154, 162, 164, 165
Sindromul Brugada, 39
Bulimie, 546
Bumetanida, 480
Bundle of Kent, 30, 38
Arsuri, 54, 67, 181, 195, 205, 223, 309, 337, 396, 474, 476, 477, 478, 479, 482, 484, 485
Butan, 263

C
Cofeina, 360, 364
Loţiune de calamină, 475

Calcitonina, 394
Calciu, 477, 529, 545
Blocante ale canalelor de calciu (CCB), 36, 40, 41,47,69,222,255,544
Clorura de calciu, 31.477
Gluconat de calciu, 31, 36, 225, 477
Testare de stimulare calorică, 393
Campylobacter, 123
Regula canadiană C-Spine, 165
Canabis, 67
Capnocytophaga canimorsus, 414
Intoxicaţie cu monoxid de carbon, 366, 369, 391
Inhibitori de anhidrază carbonică, 361, 364, 485.500
Nivelul de carboxihemoglobină, 369, 391
Biomarkeri cardiaci, 34, 44, 45, 47
Cateterism cardiac, 25, 31, 108
Aritmii cardiace, 31, 33, 35, 36, 39, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 169, 258, 263, 282, 286, 387. *Vezi şi* infarct miocardic
Enzime cardiace, 40, 41
Ischemie cardiacă, 30, 45, 47, 68, 481
Monitor cardiac, 24
Tamponadă cardiacă, 45, 150, 151, 165, 204, 225, 232, 233, 234
Soc cardiogen, 36, 221, 224, 226, 227, 229, 231, 435
Disecţia arterei carotide, 357, 395
Sensibilitatea sinusului carotidian, 35, 221
Sindromul de tunel carpian, 395 Spasm carpian-pedal, 73
Muşcătură de pisică, 197, 478, 516-517
Cathartici, 265
Cateterizare, 25, 31, 108, 436
Sindromul Cauda Equina, 156, 164, 175
Sindromul sinusului cavernos, 395
Volvul cecal, 316

Cefazolin, 195
Cefotaxima, 109
Ceftriaxonă, 109, 124, 196, 357, 397, 527
Cefuroxima, 204, 502
Vaccin celular, 483, 487
Centrul pentru Controlul Bolilor, 203
Criteriile Centor, 199-200
Sindromul cordonului central, 155, 161, 164
Depleţia centrală a dopaminei, 291
Sistemul nervos central (SNC)
toxoplasmoza, 365 Linia venoasă centrală, 191, 234 Cefalosporine, 109, 114, 206, 335,
426, 478 Comoţie cerebrală, 148 Contuzii cerebrale, 148 Ischemie cerebrală, 286, 288 Accident vascular cerebral (ACV), 295 Lichidul cefalorahidian (LCR), 159, 288-289,
360,361,363,364,365-366, 367-368, 370, 389, 428 Otoreea lichidului cefalorahidian, 159 Emfizem cervical, 26 Leziuni de flexie cervicală, 164 Limfadenopatie cervicală201097,
202, 422
Sensibilitate la mişcarea cervicală, 119
Nevralgie cervicală, 362 Polipi cervicali, 456
Imagistica coloanei cervicale, 165 Leziune a coloanei cervicale, 170 Cervicita, 112, 119
Cezariana, 174, 451.458 Boala Chagas, 204
Chalazion, 498 Triada Charcot, 112, 287
Dureri în piept, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 35,
37, 39, 41, 45, 64, 65, 66, 69, 105, 108, 154, 203, 222, 234, 260, 283, 308, 309, 313, *314* .
disritmii Tubul toracic. *Vezi* toracotomie
Chilblains, 474 Chlamydia, 112, 124
Chlamydia pneumoniae, 69 *Chlamydia trachomatis,* 114, 119, 127, 203
Chlordiazepoxide, 527 Chlorhexidine, 475
Cholangitis, 4120, 127 Colecistită, 107, 109, 110, 111, 112, 115, 119, 120, 312, 316
Colelitiază, 115, 119 Criză colinergică, 250
Sindrom colinergic, 250, 252, 252, 252, 252, 252, 250 sutură, 515
Boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC),
26, 64, 65, 66, 69, 70, 71, 72, 73, 221.480
Semnul Chvostek, 287
Ciprofloxacin, 114, 196, 314, 487, 527
Model circadian, 41
Ascita cirotică, 75, 206, 309
CK-MB, 35
Fractură de claviculă, 338
Fractura lui Clay-Shoveler, 151, 158
Clindamicină, 195, 198, 202,478, 517
Clonidină, 256
Leziune cu pumnul închis, 335
Clostridium difficile, 308, 427
Clostridium perfringens, 122
de Clostridium , 429
Clozapine, 531, 542
Dureri de cap în grup, 366
Panou de coagulare, 450
Cocaină, 27, 28, 41,44, 67, 250, 252, 254, 255,
256, 257, 264, 265, 286, 290, 291, 451.531
Coccidioides immitis, 70
Coccidioidomicoza, 70
Fractură Colles, 158, 337, 342, 343
Soluţii coloide, 230
Colonoscopie, 111, 112, 116, 307, 313, 315
Comă, 148
pneumonie dobândită comunitară (PAC),
64, 65, 68 69, 70, 74, 75, 76, 127, 308
Sindromul de compartiment, 337
Hemoleucograma completă (CBC), 38, 41,
310, 358, 425, 428, 434, 436, 453, 458, 485
Bloc cardiac complet, 47
Tomografie computerizată (CT), 27, 28, 32
Insuficienţă cardiacă congestivă (CHF), 33-34,
37-38, 69, 72, 75, 76, 123, 264, 289, 480, 484
Constipaţie, 108, 119, 306, 312, 390, 429, 535,
543
Lentile de contact, 484, 497, 499
Presiune pozitivă continuă a căilor
respiratorii (CPAP), 38
Dilatarea contralaterală, 172
Hemipareza contralaterală, 172
Tulburare de conversie, 385, 540, 545
Abraziunea corneei, 368, 484, 497, 499
Înceţoşarea corneei, 501, 503
Boala epitelială a corneei, 500
Corpi străini corneeni, 484
Laceraţii corneene, 484
Ulcerul corneei, 499, 502
Vasospasmul arterei coronare, 41
Chisturi de corpus luteum, 118, 455
Corticosteroizi, 30, 37, 66, 71, 72, 73, 75, 76,
194, 227, 362, 363, 364, 432, 500, 543
Costocondrită, 30

Coumadin, 25, 33, 63, 71, 223
Coxiella burnetii, 66, 75
Virusul Coxsackie B, 40
Cocaina crack. *Vezi* cocaina
Decompresie craniană, 175
Paralizia nervului cranian III, 393, 504
Creatinin kinaza, 35
Stenoza aortică critică, 43
boala Crohn, 123, 127
Cromolyn, 73 de ani
Crioprecipitat, 231
Criptorhidie, 114
Cryptosporidium, 115
Cristaloizi, 230
Cristalurie, 259
Culdocenteza, 119
Semnul Cullen, 287
Chiuretaj, 453, 454, 456, 457, 459
Ulcer curling, 309
Reflexul cushing, 172, 286
Sindromul Cushing, 287, 543
Ciclоplegici, 484, 497, 498, 502
Tulburare ciclotimică, 547

D
Dacriocistita, 498
Dantrolene, 289, 291, 530
D-dimer, 34, 64, 117
Boala de decompresie, 68, 480, 481
Tromboză venoasă profundă (TVP), 63, 117
Căpuşă de căprioară, 397
Deferoxamină, 262
Defibrilare, 224, 226, 227, 231.435.486
Deshidratare, 105, 115, 205, 233, 261, 282, 283, 385, 394, 436, 474, 475, 480, 527, 528, 537

Demerol, 265, 266
Ulcer dendritic, 500
Urgenta stomatologica, 151
Depresie, 281, 286, 540, 541,542-543, 544, 545, 547
Dermatomiozita, 396
Barotraumatism de coborâre, 481
Dexametazonă, 434, 485
Dextroză, 31, 106, 225, 283, 285, 287, 289, 530
Diabet, 193, 196, 225, 259, 260, 280, 284, 387, 527
Diabet zaharat, 475, 527
Cetoacidoză diabetică (DKA), 26, 32, 282-283, 284, 526, 528, 529, 530
Manualul de diagnostic şi statistică al tulburărilor mintale (DSM-IV), 544
Lavaj peritoneal diagnostic, 150, 154, 160, 165, 166,168,174
Dializa, 31
Diazepam, 250, 255, 285, 286, 360, 530
Digibind, 259
Digitalis, 33
Digoxină, 36, 46, 222, 223, 229, 316, 545 Anse intestinale dilatate, 110, 113
Dilatarea, 112, 114
Diltiazem, 25, 28, 33, 46, 223 Difenhidramină, 70, 227, 254, 290, 363, 475, 503
Difterie, 75
Diplopia, 167, 358, 386, 387, 388, 389, 390, 392, 395, 429, 503
Hernie de disc, 175
Infecţie gonococică diseminată, 196, 396
Coagulare intravasculară diseminată (DIC), 231,293, 369
Articulaţia interfalangiană distală (DIP), 336
Ischemie distală, 171
Cubitus distal, 339
Diuretice, 38, 288, 311,361, 394, 480
Diverticulită, 112, 116, 118, 119, 123, 308, 310, 311,312,314,315,456
Scufundari, scuba, 68, 151, 164, 170, 481
Manevra Dix-Hallpike, 393
Ameţeli, 106, 260, 292, 370, 385-398, 392, 486, 540
Dobutamina, 191, 234
Muşcătură de câine, 336, 478, 483, 516-517
Dopamină, 38, 229, 232, 291, 364, 370, 531, 546
Atela dorsală, 335-336
Doxorubicină, 262
Doxiciclină, 109, 114, 124, 195, 204, 397, 517
Droperidol, 275
Mnemonic halterele, 250, 252, 254
Embolia disbarică a aerului, 481
Sângerare uterină disfuncţională (DUB), 456
Disfagie, 105, 200, 202, 313, 389, 392, 396, 429.431.543
Tulburare distimică, 547
Reacţii distonice, 363
Disurie, 114, 119, 127, 455

E
Strângerea urechii, 481

Terapia dirijată de obiective timpurii (EGDT), 190-192
Echimoză, 126, 158, 159, 167, 168, 341
Ecocardiogramă, 24, 25, 27, 28, 37, 44, 221, 233, 396
Eclampsie, 286, 293-293, 294, 459
Extaz, 264
Sarcina ectopică, 113, 117, 121, 124, 126, 203, 450-458
Testul Edrofoniu, 390
Eikenella corrodens, 335
Înveliş elastic, 338
Alternante electrice, 45
Cardioversie electrică, 224
Anomalii electrolitice, 170, 229, 419, 436, 528, 529, 530
Contracepţia de urgenţă, 124
Emfizem, 26, 71, 72, 154, 197, 309, 314, 365
Encefalită, 289, 363, 367, 389, 420
Endocardită, 28, 203
Urgenţe endocrine, 521-531 Biopsie endometrială, 456
Endometrioza, 455
Endometrita, 452, 453
endoscopică de colangiopancre retrogradă - (ERCP), 112, 128
Endoscopie, 26, 32, 128, 311, 313, 314 Leziuni endoteliale, 38

Intubaţie endotraheală, 38, 68, 198, 261, 264, 306, 313.430
Clisme, 116, 117, 307, 315, 421 *Entamoeba histolytica,* 115 Adenovirus enteric, 105
Enterită, 108 Enterovirus, 40
Epididimita, 109, 113-114, 125, 192.193 Hematom epidural, 149, 160, 161, 165, 367
Epiglotă, 202, 430, 431,434 Epinefrină, 66, 70, 71, 76, 173, 222, 223, 224, 226, 227, 229, 231, 232, 264, 280, 430, 432, 434, 482, 515, 519
Epi-Pens, 73
Epistaxis, 169, 293, 498 Manevra Epley, 385
Virusul Epstein-Barr, 431 Disfuncţie erectilă, 36 Alcaloizi din ergot, 452
Eroziuni, 126, 205, 309, 313
Erisipel, 198
Eritem migran, 29, 397 Eritem multiform (EM), 205 Viteza de sedimentare a eritrocitelor (VSH), 41, 193, 196, 358,362,423,503 Eritromicină, 114, 204, 420, 424, 499, 501, 502 Escharotomie, 479 *Escherichia coli,* 74, 109, 114, 127, 192, 194, 206, 420, 428
Perforaţie esofagiană, 26, 32, 313-314 Varice esofagiene, 309-310 Esofagită, 313
Esofagoscopie, 157 Esofagrama, 314 Niveluri de estrogen, 458 Etanol, 27, 44, 106, 106, 106, 106, 106 252, 255, 256, 257, 259, 260, 261, 280, 281, 309.481.546
Etilen glicol, 257, 259, 260, 261, 262, 265
Etomidate, 542 Excizie, 198, 307, 498
Ruptura tendonului extensor, 335-336
Tampoane externe de stimulare, 44
Efuziune exudativă, 75
Petice pentru ochi, 497, 499

F
Tulburare fictivă, 545-546
Fasciotomie, 172, 337
examen FAST, 121, 150, 160, 165, 166, 168, 174, 230
Embolie grasă, 71
Mnemonic FAT RN, 194
Fractură femurală, 223
Hernie femurală, 121
Fier feric, 262
Sulfat feros, 459
Sindromul de hidantoină fetală, 370
Febră, 28, 37, 41,45, 190-206, 387, 389, 396, 397, 422, 424, 425, 427, 428, 431, 432,435,451,453, 454, 458, 459, 482, 483, 502, 503, 526, 527, 531, 544
Terapia fibrinolitică, 321, 389-390
A cincea boală, 420, 432
Glucoză în deget, 280, 281, 283, 287, 530, 543
Testul Finkelstein, 336
Furnici de foc, 485
Bloc AV de gradul I, 47, 228
Paralizie flască, 155
Cufăr, 156
Tenosinovita flexor, 336, 343 Fludrocortizon, 232
Resuscitare cu fluide, 36, 116, 122, 123,

126, 128, 173, 193, 195, 197, 201, 264, 282,421,479, 526, 527, 528. *Vezi şi* transfuzie de sânge
Flumazenil, 74, 250, 253, 259, 262 Examen fluoresceină, 502
Captarea fluoresceinei, 497 Fluorochinolonă, 499, 517
Descărcări electrice focale, 294
Deficienţe neurologice focale, 288, 385, 386, 389
Folat, 287
Hormonul foliculostimulant (FSH) nivelul, 458
Chisturi foliculare, 455
Fomepizol, 262
Toxiinfecţii alimentare, 110, 122-123, 385

rănire FOOS, 332
Hiperextensie forţată, 155, 161, 164 Aspiraţie de corp străin, 68, 432, 434 Senzaţie de corp străin, 484, 514 Acid formic, 478
Fosinopril, 480
Gangrena Fournier, 201
Ruperea peretelui liber, 234
Plasmă proaspătă congelată (FFP), 169, 230, 231 Frecare prin frecare, 27, 37, 43
Masa lobului frontal, 291-292
Degerături, 474
Examen funduscopic, 356
Furosemid, 175, 361, 394, 480, 485

G
Gabapentin, 359
Gag reflex, 258, 283, 284
Fractură Galeazzi, 337 Vezica biliară, 110, 115, 126
Litiază biliară, 110, 115, 125
Benzină, 260, 263, 477
Lavaj gastric, 255, 265, 310, 486 Obstrucţie gastrică, 315, 316
Gastroenterita, 105, 386, 427, 546 Boala de reflux gastroesofagian (GERD), 41
Gastrografin, 314
Sângerări gastrointestinale
acut superior, 310-311
din adenocarcinom, 311, 316
din fisura anală, 315
din angiodisplazii, 313
de la Curling ulcer, 309
din diverticulită, 308, 311, 312, 314.315
din diverticuloză, 308, 310, 311
din perforaţia esofagiană, 313-314
din varice esofagiene, 309
din hemoragie, 309, 315
din hemoroizi, 306, 307, 311, 315
hipotensiune arterială şi, 310, 311
din boala inflamatorie intestinală, 308 din invaginaţie, 125.421.426 din lacrima Mallory-Weiss, 308, 309, 311, 313
din ischemia mezenterica, 311-312, 313, 316

Sângerare gastrointestinală (*Continuare*): din ulcer peptic, 308, 312, 316 din ulcer gastric perforat, 308, 309, 310, 312
din colita ulceroasă, 307-308
din ulcere, 306 superior, cauze ale, 306, 307, 309, 310, 311, 313
Traumatisme ale tractului genital, 452, 453, 456
Monstru Gila, 486 de ani
Scala de comă Glasgow (GCS), 152-153, 156
Glaucom, 368, 497, 499, 503, 504, 505
Glipizidă, 285
Glucagon, 32, 106, 232, 264
Glucocorticosteroid, 232, 358, 530 Glucoză, 280, 281, 283, 285, 288, 289, 290
Glucozuria, 283, 528
Gliburid, 353
Acid glicolic, 259
Conjunctivită gonococică, 499
Uretrita gonococică, 114
Gonoree, 124
sindromul Goodpasture, 71
Guta, 332
boala Graves, 522, 525, 527
Semnul Grey-Turner, 126
Sindromul Guillain-Barre (GBS), 386, 387, 389.391.428
Rană prin împuşcare, 153, 154, 168-169, 176, 306, 432
Urgenta ginecologica, 118
Ginecomastie, 108

H
H2 - blocante, 41

Haemophilus influenzae, 64, 65, 69, 70, 74, 75, 202, 430, 502
Halucinaţii, 256, 264, 266, 287, 541, 543, 545
Haloperidol, 255, 280, 291.363, 531.542
Semnul Hamman, 26, 27, 314
Cocoaşa Hampton, 35 de ani
Fractura spânzuratului, 151, 158
Soluţia Hank, 152
Semne dure, 171, 172
toxicitate HC, 263
Traumare la cap, 148, 149, 152, 156
Dureri de cap, 69, 122, 148, 195, 196, 200, 203, 217, 251,256, 260, 357-371, 385, 387, 389, 395, 397, 475, 397, 475, 475, 5, 4, 5
Atac de cord. *Vezi* infarct miocardic
Bloc cardiac, 34, 42, 44, 47
Edem termic, 475
Epuizare de căldură, 475
Erupţie cutanată de căldură, 474
Insolaţie, 475, 531
Sincopă de căldură, 475
Manevra Heimlich, 32
sindromul HELLP, 292
Hematom, 148, 149, 160, 161, 165, 166, 168, 169.171
Hemodializa, 261, 528
Sindrom hemolitic-uremic (HUS), 194, 292
Hemopneumotorax, 73
Hemoragie, 71, 149, 309, 315
Accident vascular cerebral hemoragic, 32, 286, 287, 388 Hemoroizi, 306, 307, 311, 315
Hemotorax, 153, 163, 171, 172, 173 Purpura Henoch-Schonlein (HSP), 293 Heparină, 24, 25, 36, 40, 45, 63, 223, 231, 390
Encefalopatie hepatică, 285
Hepatită, 108, 109, 112, 125
Imunoglobulină pentru hepatită, 109
Hernii, 108, 118, 119, 121, 125, 126
Heroină, 250, 251, 252, 253, 256, 264
Herpes, 127, 359, 366, 367, 474, 475 Encefalita herpetică, 289, 367
Herpes zoster, 199, 359, 395, 420, 497 Flux mare de O2 , 360, 366
Irigare cu înaltă presiune, 514
Deformarea Hill-Sachs, 335
Blocarea receptorilor histaminici, 262
Profilaxia post-expunere HIV (PEP), 124
Monitorizare Holter, 44
Semnul Homan, 333
Dragă, 429
Deznădejde, 545, 546
Hordeolum, 498
Terapia hormonală, 455, 456
Sindromul Horner, 357, 394, 395, 504
Vaccin cu celule diploide umane, 487
Virusul imunodeficienţei umane (HIV), 40, 69, 70, 75, 124, 363, 365
Fractură humerală, 342
Semn Hutchinson, 497
Hidratarea, 106, 256, 261
Hidrocarbură, 260, 477-478
Hidrocel, 192
Hidrocefalie, 290, 367, 370
Hidroclorotiazidă, 217, 294, 480
Hidrocodonă, 265, 266
Hidrocortizon, 232
Acid fluorhidric, 477
Hiperaldosteronism, 530
Camera hiperbară, 480
Oxigenoterapia hiperbară, 193, 201, 251, 260, 369, 391,481,484
Hipercalcemie, 26, 121, 387, 394
Hipercoagulabilitate, 38-39
Hyperemesis gravidarum, 453
Hiperglicemie, 282, 283, 284, 285, 527, 528, 529, 530
Comă hiperosmolară noncetotică hiperglicemică (HHNC), 527-528
Hiperkaliemie, 25-26, 31-32, 225, 232, 387, 396, 530
Hipernatremie, 230, 387
Hiperparatiroidism, 126
Hiperplazie, 456
Hipertensiune arterială, 24, 27, 28, 172, 175, 308, 309, 310, 311,360, 362, 364, 366, 371
Encefalopatie hipertensivă, 287, 292, 294
Hipertermie, 289, 290, 291
Hipertiroidism, 394, 398, 527, 529, 530, 531.540.543.544
Soluţie salină hipertonică, 230, 289, 529
Clorura de sodiu hipertonică, 233
Cardiomiopatie hipertrofică, 45
Hiperventilaţie, 175, 261.287, 391.485
Hyphema, 500, 501, 502
Hipocalcemie, 26, 287, 336, 477
Ipocondria, 541

Hipoglicemie, 31, 107, 225, 253, 260, 264, 280, 281, 283, 284, 285, 423, 530
Hipokaliemie, 26, 225, 387, 423, 429, 526, 529, 530
Hiponatremie, 26, 232, 264, 289, 387, 530
Hipoperfuzie, 170, 197, 224, 227, 229.294
Hipotensiune arterială, 24, 33, 36, 46, 108, 151, 166, 170, 173, 176 Hipotermie, 155, 225, 252, 254, 281, 479, 486, 527
Hipotiroidism, 280, 527, 530, 543
Hipovolemie, 116, 123, 149, 151, 164, 173, 225
Şoc hipovolemic, 149, 173, 221, 223, 226, 227, 228, 230
Hipoxemie, 66, 484, 485 Hipoxie, 28, 38, 75, 166, 169, 170, 194, 225, 254, 421,431
Histerectomie, 108

eu
Ibuprofen, 200, 254, 265 Hipertensiune intracraniană idiopatică (IIH), 357, 358, 364, 370
Purpura trombocitopenică idiopatică (ITP), 293
IgE, 70
Imunoglobulina, 205, 459, 483, 487, 514
Imunoprofilaxie, 487
Mobilitatea oculară afectată, 167
Impetigo, 419
Stimolatoare ventriculare implantabile, 47
Incizie, 151, 198, 200, 201, 202, 307
Indometacin, 262
Botulismul infantil, 429
Boala inflamatorie intestinală (IBD), 118, 125, 307, 308
Gripa, 40, 200, 251, 358 Hipestezie infraorbitară, 167 Antrax inhalator, 74
Insulină, 31, 232, 253,475, 526, 528, 529
Disecţia arterei carotide interne (ICA), 395
Hematoame intracerebrale, 161, 281, 357, 543
Presiune intracraniană (ICP), 175-176, 282.286-287
Presiunea intraoculară, 368, 493 Sarcina intrauterină, 113, 117, 454, 457 Consumator de droguri intravenoase (IVDU), 28, 71, 190, 196, 201, 203

Imunoglobulina G intravenoasă, 423
Pielograma intravenoasă (IVP), 167 Ruptura de sept intraventricular, 234 Intubaţie, 63, 68, 156, 165, 169, 176, 198, 225, 226, 228, 231, 233, 250, 258, 264
Invaginaţie, 125, 421, 426
Iod, 526, 527, 529
Ipratropium, 73
Paralizie motorie ipsilaterală, 154
Dilatarea pupilară ipsilaterală, 172
Iritis, 127, 484, 502, 503
Anemia prin deficit de fier, 393
Izoniazidă (INH), 253, 257
Intoxicaţie cu alcool izopropilic, 257, 259, 260, 261
Izoproterenol, 222, 230
Cristaloid izotonic, 230, 394

J
Icter, 112
Fractură Jefferson, 150, 158
Sindromul Jervell şi Lang-Nielsen, 42 de ani
Distensia venoasă jugulară (JVD), 151

K
Criteriile Kanavel, 336, 343
Sarcomul Kaposi, 69-70
boala Kawasaki, 422
Kayexalate, 31
Semnul Kehr, 395
Semnul Kerning, 126
Ketamina, 264, 542
Ketorolac, 107, 362, 364
Cetoză, 106, 260, 261, 283, 526, 528 Pietre la rinichi, 113, 114, 121, 167, 394 Rinichi-ureter-vezică (KUB), 167 *Klebsiella syndromae,* 64, 46, 510, 69, 46, 50 290

L
Labetalol, 255, 287, 288, 294, 390, 391
Labirintită, 385, 392
Lacerații, 156, 514, 515, 516, 517, 518, 519
Testul Lachman, 340
Ringers lactati, 230, 340
Acidoză lactică, 259

Dehidrogenază lactică, 35, 69
Lactuloză, 285

Lambert-Eaton miastenic sindrom, 390
Laparoscopie, 111, 117, 118, 119, 455
Laparotomie, 32, 118, 125, 150, 166, 168, 169, 174, 234
Obstrucţia intestinului gros, 119
Căile respiratorii mască laringiană, 283-284
Laringoscopia, 431
Laringotraheita, 202, 434
Poziţia decubit lateral, 281
Toxicitatea plumbului, 251
Fracturi LeFort, 159
Legionella pneumophila, 64, 68
Leucocitoză, 115, 436, 528
Lidocaina, 36, 40, 222, 229, 362, 436, 515, 518
Bloc digital lidocainã, 515
Lovitură de fulger, 485
Ischemia membrelor, 172
Tei, 477
Lipaza, 111, 113, 118
Necroza de lichefiere, 477
Lisinopril, 63 de ani
Litiu, 255, 286, 291, 394, 531
Ficat, 149, 150, 153, 167, 171
Abces hepatic, 116
Boală hepatică, 108, 285, 309, 310, 311
Fractură de os lung, 71
sindromul QT lung, 42
Diuretic de ansă, 68, 69, 394, 480
Lorazepam, 28, 282, 285, 542
Pierderea cunoştinţei, 148
Complexe de joasă tensiune, 45
Leziuni electrice de joasă tensiune, 476
Febră scăzută, 69, 109-110, 547
Loxosceles reclusa antivenin, 483
angină Ludwig, 197-198, 200-201, 431
Puncţie lombară, 251, 425, 428
Fracturi lunare, 332
Boli pulmonare, 26
Neoplasm pulmonar, 75
Strângere pulmonară, 481
boala Lyme, 29, 204, 205, 397
Biopsie ganglionară, 200
Limfom, 190, 200, 316

M

magneziu, 73
Citrat de magneziu, 25
Radiografii toracice inspiratorii/espiratorii cu magneziu, 67
Sulfat de magneziu, 66, 229, 286, 294
Imagistica prin rezonanţă magnetică (RMN), 27, 107, 111, 117, 164, 174, 175, 190, 193, 204, 333, 365, 370, 385, 389, 428
Malingering, 251, 544, 545, 546
Degetul de ciocan, 335
lacrima Mallory-Weiss, 308, 309, 311, 313
Fractura mandibulei, 168
Episodul maniacal, 541, 544
Manitol, 156, 176, 257, 287, 288, 361, 364, 391, 500
Distorsiunea manuală, 109, 118, 125
Elev Marcus Gunn, 504
sindromul Marfan, 64 de ani
Marijuana. *Vezi* canabis
Leziune în masă, 148, 172, 366
Mastoidita, 201, 365
Semnul McBurney, 116, 120, 127
Semnul McMurray, 126
Frăgezitor de carne, 32
Meclizine, 360
Nervul median, 334, 336, 337, 339, 342, 343
Emfizem mediastinal, 26
boala Meniere, 385
Ruptura arterei meningeale, 160
Meningita, 126, 357, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 425, 429
Meningococcemia, 195, 196, 231
Meningoencefalita, 291, 366, 367, 498
Menopauza, 456
Ciclul menstrual, 455, 456
Meperidină, 265, 266
Ischemie mezenterica, 105, 111, 123, 311-313, 316
Acidoză metabolică, 106, 170, 225, 254, 259, 260, 261, 282, 283, 396, 485, 529, 530
Articulaţiile metacarpiene, 335
Cancer de sân metastatic, 45, 233
Leziuni metastatice, 190 Metformină, 253, 257
Metadonă, 256 Metamfetamina, 67 Metanol, 257, 258, 259, 260, 261 Methemoglobinemie, 260 Metilendioximetanfetamina (MDMA), 24 Metilprednisolon, 71, 358
Metoclopramid, 107, 361, 364, 531
Metoprolol, 33, 36, 48, 223, 263, 290, 294, 526 Metronidazol, 115, 124 Soparla cu margele mexicane, 486 Midazolam, 285

Ocluzia arterei cerebrale medii (MCA), 388, 389, 392 Migrene, 359-360
Miliaria rubra, 474 Minociclină, 361 Miotice, 498 Prolaps de valvă mitrală, 64 Mobitz I bloc AV, 47, 228, 229 Mobitz II AV bloc, 47, 228
Test de sarcină monomolar, 47, 228 monomolar, MONO, 45, 228 251 Inhibitor de monoaminooxidază (IMAO), 265, 541
Mononucleoză, 28 Morgan Lens, 501 Morison husă, 150 Morfină, 24, 27, 265, 363, 485
Morfină sulfat, 33-34, 36, PI LES677 multiples MUD687 (MS), 388-389, 395, 396 Sindromul Munchhausen, 544, 545 Murphy, John B., 126
Semnul Murphy, 115, 120, 126 Blocarea receptorilor muscarinici, 262 Nervul musculocutanat, 337 Miastenia gravis, 386, 388, 389, 390, 396, 429
Mycobacterium tuberculosis, 70 *Mycoplasma pneumoniae,* 64, 65, 69, 70 Midriatic, 498, 500
Infarct miocardic (IM), 29, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 39, 40, 44, 45, 46, 47, 66, 69, 123, 284, 311, 364, 389, 513
Ischemie miocardică, 27, 30, 41,47
Necroza miocardică, 37, 47
Sensibilizarea miocardică, 263
Miocardită, 40-41, 204, 229, 397 Mioglobină, 35
Comă mixedem, 75, 280-281, 527, 530

N

N -acetilcisteină (NAC), 250, 251, 258, 259, 261, 262, 265
Naloxonă, 74, 222, 250, 252, 253, 259, 363
Narcan, 258, 262
Tahicardii cu complex îngust, 35
Căile respiratorii nazale, 283
Aspirația nazogastrică, 116
Sondă nazogastrică, 109
Mnemonic NAVEL, 222
Tratament cu nebulizator, 76
Traumatism la nivelul gâtului, 157-158
Leziune necrotică, 483
Fasciită necrozantă, 193, 196, 201
Aspirația cu ac, 200, 202
Decompresie cu ac, 26, 176
Toracotomie cu ac, 165
Neisseria meningitides, 195-196
Neomicina, 285
Nefrolitiază, 127
Defecte ale tubului neural, 370
Soc neurogen, 221, 226, 227, 228
Neuroimaging, 357, 364, 366
Sindromul neuroleptic malign, 289, 530, 531
Joncțiunea neuromusculară, 386, 390, 396, 429
Nicotina, 250, 256
Nifedipină, 485
Semnul Nikolsky, 395
Nitrați, 33, 41
Azot gazos, 480, 481
Narcoză cu azot, 481
Nitroglicerină, 24, 28, 33, 36, 37, 40, 41, 47, 68, 234, 396k
Nitroprusiatul, 34, 106, 288, 294, 390

Tehnici neinvazive ale căilor respiratorii, 38
Criză hiperosmolară noncetotică (NKHC), 284
IM fără supradenivelare ST (NSTEMI), 47
Medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (AINS), 29, 30, 37, 107, 332, 359, 360, 361, 362, 364, 366, 422, 426, 544
Noradrenalina, 255, 258, 262, 531, 546
Hidrocefalie la presiune normală, 290 Virusul Norwalk, 105
Pneumonie gram-negativă nosocomială, 166
Sutură de nailon, 514, 515
Nistagmus, 256, 290, 385, 386, 392, 393

O

Obezitate, 65, 287, 361
Semn obturator, 116, 120
Octreotide, 310-311
Fractură de odontoidă, 151
Ooforectomie, 126
Analgezice opioide, 153, 362
Antagonist opioid, 252
Opioide, 67, 73, 74, 153, 258, 259, 262, 263, 265-266
Nevrita optică, 388
Contraceptive orale, 361, 455, 543
Fractură de explozie orbitală, 503-504
Celulita orbitală, 502
Fractura planșeului orbital, 167 Toxicitate organofosfatică, 250, 262, 429 Intubație orotraheală, 258, 284 Hipotensiune arterială

ortostatică, 194, 393, 475 Gap Osmol, 257, 258
Diureza osmotică, 283, 284, 361, 528, 529
Osteomielita, 175, 193-194, 196, 197, 201, 204, 397, 420, 422
Otita externa, 204
Otita interna, 159
Chisturi ovariene, 116, 203, 451
Torsiunea ovariană, 111, 118, 119, 452, 453
Oxacilină, 195
Oxicodonă, 265
Oxigen, 24, 34, 38, 63, 72, 74, 391

P
Stimulator cardiac, 34
Durere. *Vedeți* durerea în piept; durere de cap

Tumora Pancoast, 395
Cancer pancreatic, 112
Pseudochist pancreatic, 116
Pancreatită, 110-111, 112, 113, 118, 121, 128
Tulburare de panică, 540
Ruptura mușchiului papilar, 43, 234
Papiledem, 291, 357, 358, 361, 368
Paracenteza, 206
Parafimoza, 193, 435,436
boala Parkinson, 162
Formula Parkland, 479
Tahicardie atrială paroxistică, 540
Timp parțial de tromboplastină (PTT), 63
Parvovirusul B19,420,432
Pasteurella multocida, 478, 516
Debit expirator maxim, 76
Unde T cu vârf, 25
Aparat de legare pelvină, 163, 164
Fractură pelviană, 163, 164, 166, 167
Boală inflamatorie pelvină (BIP), 112, 119,126,203,451
Leziune arterială penetrantă, 171
Penicilina, 192, 195, 198, 202, 335, 397, 502, 517
Boala ulceroasă peptică (PUD), 33, 110, 308, 313
Intervenție percutanată, 24
Ulcer gastric perforat, 308, 309, 310, 312
Ulcer peptic perforat, 316
Revărsat pericardic, 37, 43, 45
Pericardiocenteză, 45, 151, 154, 166, 225, 233
Pericardită, 27, 28, 32, 37, 45, 204, 233, 420
Neuropatie periferică, 386, 498
Boala vasculară periferică, 387
Peritonita, 109, 112, 116, 206, 314, 420, 451
Abces peritonsilar, 198, 200, 201, 202, 431
Anemia pernicioasă, 316
Testul Phalen, 336, 337
Faringita, 65, 199, 201, 202, 431
Fenciclidină (PCP), 250, 256, 264
Fenobarbital, 286, 370
Fenol, 477
Fenilefrină, 232
Fenitoină, 282, 286, 359, 370, 391, 528
Feocromocitom, 531
Fizostigmină, 250, 259, 262
Pinguecula, 498
Adenom hipofizar, 370, 530
Placenta accreta, 451
Placenta previa, 451, 454
Plasmafereza, 194, 293, 428
Pleocitoză, 428
Revărsat pleural, 67, 73, 75
Pleurodeză, 26
Pneumatoza intestinală, 105, 123
Pneumonie, 27, 153
Pneumonită, 67, 68
Pneumoperitoneu, 111-112
Pneumotorax, 26, 64, 73, 153, 154
Otrăvire, 110, 122, 251-252. *Vezi și* otrăvirea cu monoxid de carbon
Sindromul ovarului polichistic, 455
Polidipsie, 328, 394
Infecție polimicrobiană, 119, 197, 201
Leucocite polimorfonucleare, 288
Neutrofile polimorfonucleare (PMN), 363
Polimialgia reumatică, 358, 362
Polyuria, 283, 394, 528
Dispozitive de presiune pozitivă a aerului, 68
Epistaxis posterior, 169
Împachetare nazală posterioară, 169
Nevralgie postherpetică, 359 Aderențe postoperatorii, 108, 125
Depresia postpartum, 547
Eclampsie postpartum, 286, 292
Epilepsie posttraumatică, 148
Hidrocefalie posttraumatică, 370
Tulburare de stres posttraumatic, 370
Potasiu, 529
Pralidoxima, 250, 262, 482
Prednison, 73, 205, 358, 543
Pregnancy, 117, 124. *Vezi și* sarcina ectopică

Semnul Prehn, 125
Căldură înțepătoare, 474
Pneumotorax spontan primar (PTX), 26, 151, 153, 154, 165, 171, 173
Sondaj primar, 159, 160
Prinzmetal angina, 41,46-47
Procainamidă, 222, 229
Testul nivelului de progesteron, 458
Proparacaină, 500
Propranolol, 359, 526
Propiltiouracil, 526, 527, 529-530
Cancer de prostată, 126
Prostatita, 114
Inhibitor al pompei de protoni, 306
Pseudochist, 115
Pseudoefedrina, 254
Enterocolită pseudomembranoasă, 308
Conjunctivită pseudomonală, 499
Pseudomonas aeruginosa, 74, 204
Simptome pseudoperitoneale, 483
Pseudotumor cerebral. *Vezi* hipertensiune intracraniană idiopatică
Semnul Psoas, 116, 120
Consultație psihiatrie, 281
Pterygium, 498
Complianta pulmonară, 166
Contuzie pulmonară, 170-171
Edem pulmonar, 33, 68
Embolie pulmonară (EP), 24-25, 34, 37, 39, 43, 65, 117
Tromboembolism pulmonar, 63
Masă abdominală pulsatilă, 113
Tinitus pulsatil, 361
Activitate electrică fără puls (PEA), 224
Plagă prin perforare, 196, 201, 343, 478, 482, 516, 517
Pielonefrită, 124
Abces piogen, 115
Piridoxină, 253

Q
Febra Q, 66, 75

R
Virusul rabiei, 483, 487
Nervul radial, 337, 342
Colescintigrafie cu radioizotopi, 107
Sindromul Ramsay Hunt, 397
Ranitidină, 70
Criteriile Ranson, 118
Trusa pentru viol, 124
Intubație cu secvență rapidă (RSI), 282, 542
Răspuns ventricular rapid (RVR), 223

Semnul Raynaud, 116
a -blocarea receptorilor, 263
Boala de reflux, 41
Calcul renal, 126
Boală/insuficiență renală, 25, 225, 313, 528
Pietre la rinichi, 115
Alcaloză respiratorie, 73, 254, 398
Compromis respirator, 32, 198, 227, 253
Insuficiență respiratorie, 67, 74, 75, 261, 387. *Vezi și* evaluarea/managementul căilor respiratorii; căile respiratorii, respirația și circulația
Infecții respiratorii, 76, 166
Izolarea respiratorii, 369
Virusul sincițial respirator, 431-432
Resuscitare, 169, 173, 174, 175, 430, 433, 486. *Vezi și* transfuzie de sânge; resuscitare cu fluide
Sistemul de activare reticulară (RAS), 172
Ocluzia arterei retiniene, 504, 505 Dezlipirea retinei, 503, 504, 505, 541 Ocluzia venei retiniene, 505
Hematom retrobulbar, 168, 504
Cistograma retrogradă, 167
Uretrograma retrogradă, 166, 167 Abces retrofaringian, 202, 431
Izoimunizarea Rh, 459
Rabdomioliză, 396, 475
Rinoree, 159, 256, 257, 266
Banda de ritm, 47
Fracturi costale, 72, 153, 156
Rickettsia rickettsii, 195, 397
Rifampin, 262
Tulpina inimii drepte, 25, 34, 65
Ringer lactat, 173, 230, 340, 479
Febra petală a Munților Stâncoși (RMSF), 195, 196, 397
sindromul Romano-Ward, 42
Rotavirus, 105
Semnul Rovsing, 116, 210
Sarcina ectopică ruptă, 126, 456
Globuri rupte, 504

S

S1-Q3-T3, 25
scara SADPERSONS, 545-546
Toxicitatea salicilatului, 261

Salină. *Vezi* resuscitare cu lichide
Salmonella sp., 196, 201, 420 Salmoneloză, 123
Salpingectomie, 126
Scafoid, 332, 334, 337, 338-339 Scarlatina, 195
Schizofrenie, 229, 281, 527, 542 Intoxicaţie cu peşte scombroid, 122
Înţepături de scorpion, 482, 483
Edem scrotal, 193
Bock AV de gradul doi, 47 Sindrom sedativ-hipnotic, 252, 254 Testul Seidel, 484
Sechestru, 107, 148, 194, 252, 253, 254, 256, 259, 260, 264, 265, 266, 280, 282, 283, 285, 286, 287, 289, 290, 294, 334, 338, 365, 368, 369, 385, 387, 389, 391, 396, 424-425, 459, 475, 482, 483, 528, 530, 540, 544, 546
Tub Sengstaken-Blakemore plasare, 310
Sepsis, 112, 190-192, 197
Artrita septică, 332
Soc septic, 74, 190, 197, 221, 224, 225, 227, 229, 231, 232
Examinări abdominale în serie, 150
Serotonină, 254, 262, 264, 265, 266, 362, 531, 541, 546
Sindromul serotoninergic, 265, 266
Lactat seric, 69, 312, 313, 436
Osmolaritatea serică, 257
Sodiu seric, 289, 529
Testarea serului, 295
Boli cu transmitere sexuală (BTS), 114, 119, 124
Zona zoster, 397, 497
Soc, 36, 43, 116, 121, 122, 149, 155, 163, 169,170,173,190 191, 194, 195, 197, 221-234, 254, 262, 369, 430, 435, 436
Luxaţia umărului, 334, 338
Sindromul sinusului bolnav, 203
Siclemie, 196
Volvul sigmoid, 119, 312, 316 Sildenafil, 36
Nitrat de argint, 169
Sinuzită, 169, 365, 366, 502
Skip leziuni, 307
Fractură de craniu, 148, 159, 160, 365
Mnemonic SUDGE, 250, 252, 254
Intestinul subţire, 153
Obstrucţia intestinului subţire, 108, 113, 116.119.123.125.316
Fractură Smith, 337, 342
Fumător, 44, 75, 113
Muşcătură de şarpe, 481-482
Orbirea zăpezii, 484
Snuffbox Tandreness, 332, 338, 339
Bicarbonat de sodiu, 258, 262
Blocarea canalelor de sodiu, 262, 546
Clorura de sodiu, 230, 529
Semne moi, 171
Tulburare de somatizare, 541
Leziune ocupant spatiu, 291
Angioma de păianjen, 108
Muşcătură de păianjen, 483
Leziune a măduvei spinării fără anomalie radiografică (SCIWORA), 164
Abces epidural spinal, 190
Stenoza spinării, 175
Splina, 28, 149, 153, 167
Splenectomie, 194, 293, 421
Lacerarea splinei, 310
Peritonită bacteriană spontană (SBP), 109, 206
Sporothrix schenckii, 201
Denivelarea ST MI (STEMI), 29, 47
Plaga de înjunghiere, 153, 154
Angina pectorală stabilă, 47
Toxiinfecţii alimentare cu stafilococ, 122-123
Staphylococcus aureus, 28, 41, 74, 195, 196, 197, 201, 343, 420, 428, 502
Staphylococcus epidermidis, 201
Capse, 156, 265, 515
Staza, 38
Steri-Strips, 515, 516
Psihoza de steroizi, 543-544
Steroizi, 40, 293, 315, 361, 368, 426, 431, 434, 436, 482, 500, 530, 543
Sindromul Stevens-Johnson (SJS), 205
Balsam de scaun, 117
Ansa sugrumată a intestinului, 121
Obstrucţie prin strangulare, 121
Streptococ, 200, 431
Faringita streptococică, 199, 358
Streptococcus, 28, 127
Streptococcus pneumoniae, 64, 65, 69, 74, 75, 109

Streptococcus viridans, 41
AVC, 25, 32, 42, 165, 204, 280, 281, 284, 287, 290, 291, 295, 369, 385, 388, 389, 390 391, 392, 395, 421, 475, 527, 531
Stye, 498
hemoragie subarahnoidiană (SAH), 161, 361, 362, 365, 367, 369, 370
Hemoragie subconjunctivală, 500
Hematoame subdurale (SDH), 367
Higroame subdurale, 365, 370 Succinilcolină, 542
Moarte subită cardiacă, 39, 263
Sinucidere, 251, 256, 543
Sulfasalazina, 315
Sulfoniluree, 253, 285
Sumatriptan, 353, 362, 364
Tahicardie supraventriculară (SVT), 35, 38, 43, 46, 221-222
Chirurgie. *Vezi* laparotomie
Consultaţie chirurgicală, 116
Tub G chirurgical, 120
Slăbiciune simetrică, 528
Reacţie simpatomimetică, 541
Sindrom simpatomimetic, 252, 254, 256, 265
Modul de sincronizare, 224, 236, 241 Sincopă, 39, 45
Sifilis, 124
Sirop de ipecac, 32, 264
Lupus eritematos sistemic (LES), 194, 199, 278

T
Tahicardie, 24, 31, 34, 35, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 45, 46, 48
Fractură în lacrimă, 151
Tenosinovita, 336, 343
Pneumotorax de tensiune, 176
Apendice testicular, 114
Cancer testicular, 114
Torsiunea testiculară, 109, 113, 114, 125
Tumori testiculare, 114
Tetanos, 124, 125

Profilaxia tetanosului, 196, 335, 341.476, 482.483, 486.487
Toxoid tetanic, 514
Arsuri termice, 67
Tiamina, 109
Bloc AV de gradul III, 47-48
Toracenteză, 73
Toracotomie, 26, 67, 151, 153, 154, 176 Cultura gâtului, 199, 200
Trombocitopenie, 36, 169, 194, 293, 309, 450, 483
Terapia trombolitică, 32-33, 36, 37 Hemoroizi externi trombozaţi, 306-307
Purpură trombotică trombocitopenică (TTP), 194
Atela pentru degetul mare, 332, 338
Furtuna tiroidiană, 526
Tirotropină (TSH), 458, 527
Semnul Tinel, 336
Tutun. *Vezi* fumatul
Unguent oftalmic de tobramicină, 499
Tocolitice, 459
Paralizia Todd, 385 de ani
Replantarea dintelui, 152
Medicamente antivirale topice, 500
Topiramat, 362, 370, 371 Torsades de Pointes, 38, 229
Garou, 417
Sindromul de şoc toxic (TSS), 194, 195, 196
Screen toxicologic, 281
Toxidrom, 252, 254, 262, 266 Mască traheoesofagiană căilor respiratorii, 284
Tranquilizare, rapidă, 542 Stimulator cardiac transcutanat, 47 Ecocardiogramă transesofagiană (TEE), 27 Obstrucţie tranzitorie, 284
Ecocardiograma transtoracică (ETT), 27, 28
Efuziune transudativă, 75
Stimulator cardiac transvenos, 230 Mielita transversală, 162, 395, 396, 428
Tranilcipromină, 541
traume
  dinte avulsat, 151, 152
  abdomen tocit, 121, 150
  Scala de coma Glasgow, 152-153, 156
  împuşcat, 153, 154
Traumă *(continuare)*:
  Fractura spânzuratorului, 151, 158 la cap, 149, 156
  Fractură Jefferson, 150, 158 până la gât, 157-158 pneumotorax spontan primar, 153,

154
fracturi de coastă, 153, 156 răni înjunghiate, 153, 154 hematom retrobulbar traumatic, 504 picior de şanţ, 474 *Trichomonas vaginalis,* 127 Trichomonas, 124 Valva tricuspidă, 28 Antidepresiv triciclic (TCA), 5, 25, 6, 6, 25, 6, 6
Trifluridină, 500 Nervul trigemen, 359, 497, 500 Nevralgia trigemenului, 359 Fracturi de trepied, 159 Triptani, 360, 362, 366, 369, 371 Troponina, 35, 39 Trousseau sign, Tubo-ovarie, 362, 366 abces (TOA), 118 Ruptura membranei timpanice, 485 Tip şi ecran, 450, 454, 457, 458 Tiramină, 541

U
Colita ulceroasă (CU), 127 Ulcere, 127, 307, 308, 309, 310, 312, 316, 499, 500, 502 Keratită cu ultraviolete, 484, 501-502 Hernie uncală, 172 Angina instabilă, 41, 46 Pietre ureterale, 107 Leziuni uretrale, 166, 167 Uretrita, 109, 114, 127 Analize de urină, 118, infectie urinară, 1189 127 Alcalinizarea urinei, 261, 262 Testarea antigenului urinar, 69 Urolitiaza, 110 Urgenţă urologică, 121 Atonie uterină, 452 Inversiunea uterină, 452, 453 Ruptură uterină, 451, 452, 458

V
Manevre vagale, 221, 222
Sângerare vaginală, 450-459
Acid valproic, 286, 370, 546
Manevra Valsalva, 35, 45
Valvulae conniventes, 120
Viziunea Van Gogh, 545
Vancomicină, 478, 502
Varianta angină, 41, 46
Virusul varicelei zoster (VZV), 397
Varicocel, 114
Vasa previa, 452
Vasopresină, 231, 264
Boala venerică, 315
Venografie, 163
Animale marine veninoase, 476
Tromboembolism venos, 38-39, 71
Tromboză venoasă, 63
Scanare de ventilaţie-perfuzie, 24
Fibrilaţie ventriculară, 26, 31, 38
Tahicardie ventriculară, 31, 38, 39, 42, 46
Verapamil, 222, 223, 435
Fractură de compresie vertebrală, 190
Ocluzia arterei vertebrobazilare, 389, 392
Insuficienţă vertebrobazilară, 389, 395
Vertij. *Vezi* ameţeli
Erupţie veziculoasă, 474
Neuronita vestibulară, 396
Viagra, 36
Oţet, 476
Comportament violent, 542
Conjunctivită virală, 498-499
Diaree virală, 105
Hepatită virală, 109
Meningita virală, 36, 289, 365
Sindromul viral, 251, 260, 282, 389, 480
Triada Virchow, 38 de ani
Vitamina A, 361
Hemoragia vitroasă, 505
boala Von Willebrand, 293, 313, 450
Scanare VQ, 64

W
Pneumonie de mers, 65 de ani
Warfarin, 63, 71
Regimul WASH, 307
Irigare cu apă şi săpun, 482
Fenomenul Wenckebach, 47
Encefalopatia Wernicke (WE), 107
Semnul Westermark, 35
Irigarea întregului intestin, 255, 264, 265
sindromul Wolff-Parkinson-White (WPW), 30, 38, 42
Îngrijirea rănilor, 514-519

X
Raze X, 24, 26, 27, 38, 43, 201, 368, 393, 476

Z
Fracturi de arc zigomatic, 159, 168

Note